

**FATORES PREDITIVOS DE SUCESSO DO
GRUPO DE APOIO AO TABAGISTA:
VALIDAÇÃO PROSPECTIVA**

ANDREA COTAIT AYOUB

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação
em Ciências da Fundação Antônio Prudente
para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Oncologia

Orientador: Prof. Dr. Riad Naim Younes

São Paulo

2006

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,
validação prospectiva /** Andrea Cotait Ayoub – São Paulo, 2006.

133p.

Tese (doutorado) - Fundação Antônio Prudente.

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

Orientador: Riad Naim Younes

Descritores: 1. TABAGISMO. 2. NICOTINA. 3. CIGARRO/prevenção
& controle. 4. DEPENDÊNCIA DE NICOTINA. 5. GRUPOS DE APÓIO.

DEDICATÓRIA

- ❖ *Aos meus filhos Omar e Ibrahim, que são a razão da minha vida.*

- ❖ *Ao meu esposo Ali que sempre me incentivou e apoiou meu crescimento profissional.*

- ❖ *A minha mãe Leila, meu pai Chauki e meus irmãos, Fernanda e Fuad pelos incentivos a participação no Doutorado.*

❖ AGRADECIMENTOS

- ❖ Ao Professor Dr Riad Naim Younes, meu orientador. Obrigado por ter me proporcionado as etapas mais importantes da minha vida profissional, como o início da minha atuação como gerente de enfermagem, a orientação do mestrado e agora o doutorado. Obrigada pela acolhida e orientação durante tantos anos.

- ❖ Às enfermeiras e AMIGAS Rika Kobayashi, Adriana Marques e Andréa Braz, pela eterna ajuda e incentivo nessa minha difícil jornada. Obrigada pelos anos de amizade e diálogos produtivos sobre nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

- ❖ Aos Grupos de Apoio ao Tabagista do Hospital do Câncer e Instituto Dante Pazzanese pela possibilidade do desenvolvimento desse estudo.

- ❖ As Sras. Ana Maria R. Kuninari, Márcia M Hiratami e Luciana pelo apoio de sempre.

- ❖ À bibliotecária Suely Francisco pelo carinho e atenção na revisão das referências e formatação do texto.

- ❖ A Viviane da Costa, Magali Sayoko Takeda, Fernanda Norberta Afonso Santos e Priscilla Mendes Sitta Vieira, pela ajuda na digitação.

- ❖ A todos que de alguma maneira contribuíram para a realização desse estudo.

RESUMO

Ayoub AC. **Fatores preditivos de sucesso do Grupo de Apoio ao Tabagista: validação prospectiva.** São Paulo; 2006. [Tese de Doutorado-Fundação Antônio Prudente].

O tabagismo é um problema de saúde pública, com dimensões variáveis de país para país. É responsável pelas maiores causas de mortes no Brasil e no mundo, as doenças cardiovasculares e o câncer. A expectativa de vida de um indivíduo que fuma muito é 25% menor que a de um não fumante. A redução do hábito de fumar em 50% poderá evitar 20 a 50 milhões de mortes prematuras somente nos próximos 25 anos. Diante de dados tão importantes em relação à mortalidade e à morbidade, além das dificuldades em conseguir cessar o tabagismo, vários estudos estão sendo realizados. Apesar disso, poucos identificaram os fatores preditivos de insucesso dos programas antitabagistas, identificando o subgrupo de fumantes com maiores possibilidades de não conseguirem a abstinência, necessitando, portanto outras abordagens. O presente estudo, através de suas três etapas conseguiu: Na etapa I: Desenvolver uma classificação por grupos de riscos através de um *score* separando os fumantes em amostra de 342 fumantes que participaram do grupo de apoio ao tabagista no Centro de Tratamento e Pesquisa- Hospital do Câncer –SP, de 1997 a 1999, selecionados através de estudo prévio, em dois grupos de riscos para o insucesso no programa de apoio ao tabagista, com alta e baixa probabilidade de insucesso. As variáveis selecionadas para o desenvolvimento do *score* foram as seguintes:

- Participação no Grupo de apoio ao Tabagista (GAT);
- Ter o cônjuge contra o hábito de fumar;
- Ter obtido no teste de Fagerström *score* entre 2 e 8;
- Presença do sintoma de chiado;
- Presença de sintoma de DPOC.

Baseados nos resultados obtidos na análise multivariada foram atribuídos diferentes pesos de pontuação para as variáveis identificadas como independentes. O resultado pode ser demonstrado pela fórmula: $(\text{Participação de GAT} \times 11,3) + (\text{Cônjuge contrário ao hábito de fumar} \times 19,5) - (\text{teste de Fagerström até 8 pontos} \times 5,3) + (\text{presença de chiado} \times 3,3) + (\text{presença de DPOC} \times 26,4) = \text{pontuação do paciente}$, que corresponde às chances de insucesso ou recidiva. Os pesos atribuídos para cada variável foram:

- Participação no Gat: Resposta sim =1 e resposta não = 0
- Cônjuge contrário ao hábito de fumar: Resposta sim é contra = 1 e resposta não, o cônjuge até estimula = 0
- Teste de Fagerström: Resposta 0 = obteve de 2 a 8 pontos e resposta 1= obteve mais que 8 pontos no teste
- Presença de Chiado: Resposta 1= presença de chiado e Resposta 0=ausência de chiado
- Presença de DPOC: Resposta 1= presença de DPOC e Resposta 0=ausência de DPOC

Na etapa II: Validou a classificação por grupos de riscos em nova amostra retrospectiva, na mesma instituição, em amostra de 217 fumantes adultos, que procuraram voluntariamente o programa de janeiro de 2001 a dezembro de 2002. Na etapa III: Validou a classificação por grupos de riscos em nova amostra prospectiva, no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia em amostra de 124 fumantes adultos. A procura foi voluntária ou por solicitação médica. A amostra estudada participou do programa de junho de 2004 a agosto de 2005. Os resultados desse estudo indicam que a classificação por grupos de riscos parece ser um instrumento importante que poderá ser utilizado na triagem do tabagista, nos grupos de apoio, possibilitando o reconhecimento dos fumantes que terão as maiores possibilidades de insucesso, necessitando de outras formas de abordagem para obterem a abstinência.

SUMMARY

Ayoub AC. [**Predictive factors of success f the support Group of the Anti-Smoking Program: prospective analysis**]. São Paulo; 2006. [Tese de Doutorado-Fundação Antônio Prudente].

Smoking is a public health issue, with variable dimensions country to country. It is responsible for the mayor death causes in Brazil and in the world, even surpassing the cardiovascular and cancer occurrences. The life expectation of an individual that smokes much is a 25% less than a non-smoking one. The reduction of 50% of the smoking habit could avoid to 20 to 50 millions of premature deaths within the next 25 years. Taking into account so important data related to mortality, and considering the difficulties to stop smoking many studies are being carried out. Despite that, few identified the predictive factors of the anti- smoking programs failure, identifying the sub- group of the smokers with higher possibilities of not attaining the abstinence, needing thus other approaches. The current study, through its three phases, achieved:

In phase1: To develop a ranking by risk groups by means of a score splitting the smokers in samples of 342 who participated in the group of support to the smokers at the Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Câncer-SP, from 1997 to 1999, selected through a previous study, and separated in two risk groups for the failure in the mentioned program, for high and low probability of failure. The variables selected for the development of score were the following:

- Participation in the group of support to the smokers (GAT);
- Be the spouse against the smoking habit;
- Have obtained a score between 2 and 8 in the Fagerström Test;
- Presence of the hiss symptoms;
- Presence of the DPOC symptoms.

Based on the results obtained from the multivariate analysis, different weights of punctuation were attributed to the variables identified as independents. The result may be demonstrated by the formula: Participation in the GAT x 11,3)+(spouse against the smoking habit x 19,5) – (up to 8 points in the Fagertröm test x 5,3) + (presence of hiss x 3,3)+(presence of DPOC x 26,4)= patient punctuation, that corresponds to the chances of failure or recidivating. The weights attributed for each variable were:

- Participation in the GAT: answers yes=1 and answers no=0;
- Spouse against the smoking habit: answer yes, is against= 1 and answer no the spouse even stimulates=0;
- Fagerstrom Test answer 0= 2 to 8 points and answer 1= more than 8 points;
- Presence of hiss answers 1 =presence of hiss and answers 0= absence of hiss;
- Presence of DPOC: answers 1 =presence of DPOC and answers 0= absence of DPOC.

In phase II- validated the ranking by risk groups by a new retrospective sample, in the same Institute, in samples of 217 adult smokers, who, as volunteer sought the program from January 2001 to December 2002

In phase III- Validated the ranking by risk groups by a new prospective sample, now in the Institute Dante Pazzanese de Cardiology, in sample 124 adult smokers. The individuals engaged the program as volunteers or by medical recommendation. The studied sample participated in the program from July 2004 and August 2005 the results from these studies indicated classification by groups of risk seems to be an important tool which could be used to split the smokers, in the support group, enabling the recognition of the smokers who will have the higher possibilities of failure, calling for other forms off approach to achieve the abstinency.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição percentual das taxas sucesso e insucesso em três meses de seguimento de acordo com a classificação por risco de insucesso	23
Tabela 2	Distribuição percentual das taxas sucesso e insucesso em seis meses de seguimento de acordo com a classificação por risco de insucesso. São Paulo, 2005.	24
Tabela 3	Distribuição percentual das taxas sucesso e insucesso em nove meses de seguimento de acordo com a classificação por risco de insucesso. São Paulo, 2005.	24
Tabela 4	Distribuição percentual das taxas sucesso e insucesso em doze meses de seguimento de acordo com a classificação por risco de insucesso. São Paulo, 2005.	25
Tabela 5	Caracterização da população de estudo da etapa II segundo variáveis da análise retrospectiva. São Paulo, 2005.	32
Tabela 6	Caracterização das variáveis estudadas para a classificação por grupo de risco na etapa II. São Paulo, 2005.	35
Tabela 7	Índice de Sucesso e Insucesso do Grupo de Apoio ao Tabagista da análise retrospectiva segundo classificação por risco de insucesso, em 6 meses de seguimento. São Paulo, 2005.	36

Tabela 8	Índice de Sucesso e Insucesso do Grupo de Apoio ao Tabagista da análise retrospectiva, segundo classificação por risco de insucesso, em 12 Meses de seguimento. São Paulo, 2005.	37
Tabela 9	Índice de sucesso e insucesso em 6 meses de seguimento segundo participação e não participação no programa de Apoio ao Tabagista, da etapa retrospectiva. São Paulo, 2005.	38
Tabela 10	Índice de sucesso e insucesso em 12 meses de seguimento segundo participação e não participação no programa de Apoio ao Tabagista, da etapa retrospectiva. São Paulo, 2005.	39
Tabela 11	Caracterização da população de estudo da etapa III segundo análise prospectiva. São Paulo, 2005.	48
Tabela 12	Caracterização das variáveis estudadas para a classificação por grupo de risco, segundo etapa III, análise prospectiva. São Paulo, 2005.	51
Tabela 13	Índice de Sucesso e Insucesso do Grupo de Apoio ao Tabagista, análise prospectiva, segundo classificação por risco de insucesso, em 30 dias de seguimento. São Paulo, 2005.	51
Tabela 14	Índice de Sucesso e Insucesso do Grupo de Apoio ao Tabagista, análise prospectiva, segundo classificação por risco de insucesso, em 3 meses de seguimento. São Paulo, 2005.	52

- Tabela 15** Índice de Sucesso e Insucesso do Grupo de Apoio ao Tabagista, análise prospectiva, segundo classificação por risco de insucesso, em 6 meses de seguimento. São Paulo, 2005. 53
- Tabela 16** Índice de sucesso e insucesso em 30 dias de seguimento segundo participação e não participação no programa de Apoio ao Tabagista, da etapa prospectiva. São Paulo, 2005. 55
- Tabela 17** Índice de sucesso e insucesso em 3 meses de seguimento segundo participação e não participação no programa de Apoio ao Tabagista, da etapa prospectiva. São Paulo, 2005. 55
- Tabela 18** Índice de sucesso e insucesso em 6 meses de seguimento segundo participação e não participação no programa de Apoio ao Tabagista, da etapa prospectiva. São Paulo, 2005. 56

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	16
3	METODOLOGIA	16
4	ETAPA I	21
4.1	Resultados	22
5	ETAPA II	27
5.1	Metodologia	27
5.2	Casuística	29
5.3	Análise Estatística	30
5.4	Seguimento	30
5.5	Resultados	30
6	ETAPA III	40
6.1	Metodologia	40
6.2	Casuística	46
6.3	Análise Estatística	46
6.4	Seguimento	46
6.5	Resultados	47
7	DISCUSSÃO	58
8	CONCLUSÃO	78
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

ANEXOS

- Anexo 1** Termo de consentimento Pós-Informado etapa II
- Anexo 2** Termo de consentimento Pós-Informado etapa III
- Anexo 3** Consentimento Pós-Informado
- Anexo 4** Questionário Fagerström Test for Nicotine Dependence
- Anexo 5** Questionário – Anamnese e exame Físico
- Anexo 6** Aru Smoking Questionnaire
- Anexo 7** Questionário de depressão Beck
- Anexo 8** Aru Smoking Motivation Questionnaire
- Anexo 9** Instrumento de Coleta de dados GAT
- Anexo 10** Instrumento de Coleta de Dados

1 INTRODUÇÃO

Hoje no mundo existem cerca de 1,3 bilhões de fumantes (GRAUL e PROUS 2005). Destes, 30,6 milhões estão no Brasil (Ministério da Saúde 2001). Embora seja reconhecido que fumar produz diversos malefícios à saúde, milhões de pessoas continuam fumando (BOLZÁN 2001).

O hábito de fumar se expandiu rapidamente desde a primeira guerra mundial. Esse fenômeno social, hoje universal, vem ocupando a atenção de governos internacionais de saúde, instituições médicas e de educação (ROSEMBERG 1984).

Em relação ao consumo, o Brasil é o sexto maior consumidor de tabaco do mundo, tem uma das piores taxas anuais de mortes associadas ao fumo na América Latina, com 120 mil mortes (Ministério da Saúde 2003).

A Organização Mundial da Saúde considera o tabaco “a maior causa isolada e evitável de doenças e morte no mundo” (DOLL e PETO 1981; Ministério da Saúde 1993; FIORI 1992; TORRES et al. 2001; HUANG 2005; GRAUL e PROUS 2005; GOTAY 2005). É também reconhecido como uma pandemia, visto como uma das mais graves da atualidade, pois morrem no mundo cerca de cinco milhões de pessoas em consequência das doenças provocadas pelo tabaco. A previsão para 2025 é de 10 milhões de mortes caso não haja mudanças nas taxas de sua prevalência (MORAES 2001; MENEZES et al. 2002).

O tabagismo é um problema de saúde pública em todo o mundo, com dimensões variáveis de país para país (COSTA et al. 2002). Aparece como um dos fatores determinantes das duas causas de mortes por doença no Brasil e no mundo: as doenças cardiovasculares e o câncer, sendo responsável por aproximadamente 90% das mortes por câncer de pulmão, 85% das mortes por doença obstrutiva crônica (enfisema e bronquite); 30% das mortes por cânceres em geral; 25% das mortes por doença cerebrovasculares (MORAES 2001).

O cigarro é o fator isolado mais importante de causa de câncer (HUGHES et al. 1996; LI 1999; BLUM1997; TORRES e GODOY 2004; LERMAN et al. 2005 ; GOTAY 2005). 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). Mais de 440.000 americanos morrem por ano devido doenças relacionadas ao tabaco. As implicações econômicas são enormes, 75 bilhões são gastos com tratamento médico e 81 bilhões são perdidos por baixa produtividade como resultado das doenças provocadas pelo cigarro por ano (GOTAY 2005).

O cigarro possui mais de 4000 componentes, dentre os principais a nicotina e seus derivados, estes causadores pelo hábito e efeitos no sistema nervoso, o monóxido de carbono, que interfere no transporte de oxigênio aos tecidos; componentes irritantes da mucosa respiratória com repercussão sobre os brônquios e alvéolos, além de compostos cancerígenos (ROSEMBERG 1984).

Todas as formas de tabaco, como os cigarros com mentol, cachimbos, charutos, com filtros especiais e com baixos teores possuem composição semelhante, não existindo produtos que sejam inofensivos à saúde (ROSEMBERG 1884). Além disso, são encontrados resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas como polônio 210 e carbono 14.

Algumas substâncias são comprovadamente cancerígenas. A nicotina é uma substância com propriedade estimulante e é responsável pela dependência do cigarro. Está envolvida no reforço da vontade de fumar, ou seja, à dependência química, fisiológica e psicológica (CAMPO 2002; BOEIRA e GUIVANT 2003).

O monóxido de carbono 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 de obter e utilizar o oxigênio. O monóxido de carbono é fator de risco relevante em muitas doenças associadas ao fumo e está relacionado aos efeitos danosos sobre o desenvolvimento do feto (Ministério da Saúde 1996).

O alcatrão é constituído de substâncias carcinogênicas como níquel, cádmio, benzopireno e arsênio (Ministério da Saúde 1996). Os índices oficiais de alcatrão impressos nas embalagens não representam a quantidade contida no tabaco e nem na fumaça, apenas reproduzem as quantidades retidas em máquinas de fumar e como forma de atingir a satisfação, quem fuma cigarros de baixos teores acaba inalando a fumaça mais profundamente (BOEIRA e GUIVANT 2003).

Substâncias irritantes causam efeitos tóxicos sobre os cílios da mucosa brônquica, efeitos irritativos e inflamatórios sobre os brônquios e alvéolos (ROSEMBERG 1984).

Estudos têm mostrado que em 30% a 50% das pessoas que começam a fumar, escalam para um uso problemático. Estima-se que 60% daqueles que venham a fumar por mais de seis semanas continuarão fumando por mais de trinta anos. A expectativa de vida de um indivíduo que fuma é de 25% menor que a de um não fumante (MARQUES et al. 2001).

O consumo do tabaco está relacionado na maioria dos casos a uma dependência física que se manifesta através de uma série de sintomas clínicos que compõe a síndrome de abstinência da nicotina, a uma dependência psicológica devido ao seu consumo ser associado a situações sociais. Essa síndrome manifesta-se entre duas e doze horas após o abandono do último cigarro, com duração aproximada de três a quatro semanas.

A síndrome da abstinência de nicotina pode ser entendida através de alterações psicológicas (humor disfórico ou deprimido, insônia e sonolência diurna, irritabilidade, frustração ou raiva, ansiedade, inquietação, "fissura" ou *craving*, dificuldade de concentração), fatores biológicos (frequência cardíaca diminuída, pressão arterial diminuída, aumento de apetite, ganho de peso, incoordenação motora e tremores) e por fatores sociais (relacionamento social instável em consequência do estado ansioso). A nicotina é considerada uma droga psicoativa que exerce atividade estimulante no sistema nervoso central. Sua dependência significa ser

incapaz de parar de fumar, ou fumar compulsivamente ou apresentar dificuldade para parar de fumar (FERREIRA 1996; TORRECILLA et al. 2001; LARANJEIRA e GIGLIOTTI 2001).

MARLATT e GORDON (1993) relataram que cerca de três quartos das recaídas aconteceram nas situações de presença de tristeza, raiva, ansiedade, presença de pessoas que influenciam o consumo do tabaco, conflitos interpessoais como dificuldades no ambiente de trabalho.

O tabagismo é um comportamento complexo que recebe influências de estímulos ambientais, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e das ações biológicas da nicotina. Esses estímulos podem ser provenientes da publicidade, da facilidade de aquisição do tabaco, dos preços baixos dos cigarros, da aceitação social, marketing, do próprio lar com o exemplo dos pais fumantes, tendência pessoal a outras adições, a depressão e hereditariedade ou ao alto poder aditivo da nicotina (HUGHES 2002; KIRTCHENCHTEJN e CHATKIN 2004).

O consumo de nicotina causa efeitos somáticos e psíquicos. A dependência da nicotina é considerada como um processo dinâmico, sendo importante mensurar a intensidade do estado de dependência. Utiliza-se mundialmente o teste de Fagerström (FAGERSTRÖM 1978; HEATHERTON et al. 1987; FAGERSTRÖM 1988; SEIJAS et al. 1999; CARMO e PUEYO 2002; SHIFFMAN et al. 2004; CLARK et al. 2005; BUCKLEY et al. 2005; HOOTEN et al. 2005; DEHEINZELIN et al. 2005; RICHARDSON et al. 2005), devido ser de aplicação fácil e permitir identificar as amostras pelo grau de dependência de nicotina, sendo de zero a quatro consideradas dependência

leve, de cinco a sete como moderada e maior de oito como severa esse resultado faz prever o desconforto ao parar de fumar e a necessidade de tratamento para o controle da abstinência (HALTY et al. 2002). Quanto maior o *score* obtido no teste, maior será o grau de dependência do fumante (SEIJAS et al. 1999).

A dependência da nicotina é um comportamento tão virulento que embora 70% dos fumantes desejem parar de fumar, apenas 5% destes conseguem fazê-lo por si mesmos. Isso ocorre porque o comportamento de fumar não apenas causa doenças, mas é, ela mesma uma doença: a dependência de nicotina (FIORI 1996).

O uso freqüente de cigarro leva ao desenvolvimento de tolerância e dependência (TORRECILLA et al. 2001). Em 1970, o National Institute on Drug Abuse (NIDA), considerou o tabagismo como a dependência da droga nicotina. Em 1979, o Surgeon General's Report confirmou esse conceito. Acrescentou ainda que, após 24 horas de interrupção do uso do tabaco podem surgir alguns sintomas desagradáveis como desejo intenso de fumar, ansiedade, dor de cabeça, impaciência, dificuldade de concentração, sonolência e distúrbios gastrintestinais (LEITE et al. 1995).

O Manual de Diagnóstico e Estatístico (DSM-IV) da Associação psiquiátrica Americana e a Classificação Internacional das Doenças (CID - 10) da Organização Mundial da Saúde são utilizados para avaliação diagnóstica do uso do tabaco. O teste de Fagerstrom tem sido utilizado para avaliar a gravidade da dependência (MARQUES et al. 2001).

Em 1984, a nicotina teve seu efeito considerada semelhante ao da morfina, cocaína e do etanol (PRANTE 1996).

Desde 1988, a dependência do cigarro passou a não ser mais vista como um vício psicológico, mas como dependência física que deve ser tratada como doença, nos mesmos moldes do tratamento de outras substâncias que causam dependência (LARANJEIRA e GIGLIOTTI 2001). Vários métodos foram utilizados ao longo do tempo e ainda alguns estão sendo utilizados (CENDON et al. 2001).

Indivíduos fumantes apresentam em maior frequência e gravidade, doenças agudas e crônicas, que resultam em mais afastamentos das atividades educacionais e profissionais, quando comparados aos indivíduos não fumantes (NEWCOMB e CARBONE 1992).

Associam-se ao tabagismo elevados índices de morbidade e mortalidade em muitos países (LARANJEIRA e GIGLIOTTI 2001).

A fumaça do cigarro exerce vários efeitos no trato no trato respiratório, os dois principais são a inflamação e os efeitos mutagênicos. A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma condição que se caracteriza por limitação ao fluxo aéreo, não totalmente reversível, usualmente progressiva e associada à resposta inflamatória do pulmão a partículas ou gases nocivos. A prevalência, mortalidade e morbidade são variáveis nos diferentes países, mas estão associadas à prevalência do tabagismo como fator de risco mais importante para a doença (TORRES e GODOY 2004).

O cigarro é reconhecidamente um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, potencializando os efeitos nocivos de outros

fatores de risco como a diabetes e a hipertensão arterial. Os fumantes desenvolvem mais enfisemas, infecções respiratórias, osteoporose, aumento da perda do conceito, maior incidência de nascimento de crianças com baixo peso (FERREIRA 1996). Aproximadamente 22 milhões de mulheres americanas utilizam produtos do tabaco (PATEL 2005).

Os efeitos do tabagismo comprometem a qualidade da função reprodutiva em diferentes fases, podendo atuar sobre o desenvolvimento do conceito, tanto na fase intra quanto na extra-uterina (MELLO e BOTELHO 2001). Fumar na gravidez representa um grande problema de saúde pública, pois está relacionado à placenta prévia, baixo peso ao nascimento, mau formação congênita, aumento do risco de aborto espontâneo, nascimento prematuro e mortalidade neonatal e fetal. Apesar de ser reconhecido o malefício do cigarro, aproximadamente 20% a 30% das mulheres continuam fumando no período da gestação (LERMAN et al. 2005).

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).

Além dos males causados pelo tabaco ao fumante, deve-se considerar que não fumantes também absorvem e metabolizam as substâncias da fumaça do cigarro (BLUM 1997).

As medidas atualmente existentes para diminuir o consumo do tabaco estão na maioria das vezes relacionadas ao nosso meio de comunicação

como a proibição de publicidades em alguns lugares, as advertências nos maços de cigarros, proibição de consumo em alguns lugares públicos, intervenções médicas, de psicólogos, de enfermeiros, terapias em grupos em centros médicos públicos, inclusão de advertências sobre os riscos do tabaco, uso de fármacos ou terapias de substituição de nicotina entre outros métodos (ANTOÑANZAS e PORTILLO 2003).

Nos últimos anos, a educação e o método de convencimento não foram suficientes para promover uma mudança política, cultural e social, relacionada ao comportamento do tabagista. As sessões de aconselhamento podem ser mínimas (de três minutos), de baixa intensidade (de três a dez minutos), e intensivas (de dez a trinta minutos). Quanto mais intensiva for a intervenção, melhores serão os resultados alcançados em longo prazo (MARQUES et al. 2001).

Em alguns países industrializados, as estratégias antitabagistas que incluem a legislação do controle do tabaco, políticas de preços, educação à saúde têm sido efetivas para reduzir o número de fumantes (ANTUNAÑO, 2001).

Nas últimas décadas, muitos esforços têm sido realizados para reduzir a prevalência de fumantes, porém, o tabagismo continua sendo um grave problema de saúde pública que compromete a saúde física e mental dos indivíduos em vários seguimentos da comunidade.

Entre as dificuldades para cessação do tabagismo a síndrome da abstinência é uma das principais causas. É iniciada pela interrupção do ato de fumar, variando de intensidade entre os indivíduos. Geralmente tem início

cerca de oito horas, aumentando nas primeiras doze horas, com pico no terceiro dia. Pode ser observada por trinta dias ou mais e os sintomas de compulsão pelo fumo podem durar meses ou anos. O grau de dependência nicotínica influenciará na maior ou menor facilidade do indivíduo conseguir abandonar o vício (LARANJEIRA e GIGLIOTTI 2001). A sua abstinência caracteriza-se por ansiedade intensa, desejo de consumo, irritabilidade, intranqüilidade, dificuldade de concentração, aumento do apetite, aumento do peso, insônia e cefaléia (CAMPO 2002).

Aproximadamente um terço dos adultos que fumam, tenta parar de fumar anualmente. Mais de 90% dessas tentativas ocorrem sem tratamento formal. A cada ano nos Estados Unidos, 15 milhões de pessoas tentam parar de fumar, no entanto, menos de 3% das pessoas conseguem parar de fumar em longo prazo (FIORI 1992).

Há na atualidade uma série de fatores que contribuem para uma maior possibilidade de se conseguir resultados positivos na luta contra o tabagismo: 70% dos fumantes querem parar de fumar completamente, 46% tentam parar todo ano, 70% de fumantes procuram uma assistência especializada de ajuda para deixarem o vício todos os anos e agora, tratamentos efetivos existem (ANTOÑANZAS e PORTILLO 2003).

As terapias farmacológicas atualmente mais comercializadas estão divididas em dois grupos distintos, as terapias de substituição de nicotina e o bupropion (TONNENSEN 1988; YUDKIN et al. 1996; SUTHERLAND et al. 2002; ANTOÑANZAS e PORTILLO 2003; DALSGARETH et al. 2004; LERMAN et al. 2004; BERRETTINI e LERMAN 2005; WILEY et al. 2005;

WAGENA et al. 2005). Recentemente estudos utilizando o antidepressivo Nortripyline associados à orientação comportamental demonstraram aumento nas taxas de sucesso na cessação do tabagismo (COSTA et al. 2002; MILLER 2003; JIMENEZ-RUIZ et al. 2003; CROGHAN et al. 2005).

A terapia de reposição de nicotina, método farmacológico, dispõe do adesivo transdérmico de nicotina, da goma de poliacrilix, do spray nasal e do inalador de nicotina, esses têm proporcionado um aumento das taxas de sucesso quando associada a orientação comportamental, tornando-se um tratamento bem promissor (WEST e RUSSEL 1985; BENOWITZ 1992; HJALMARSON et al. 1994; TANG et al. 1994; HUGHES et al. 1996; BLONDAL et al. 1997; STAPLETON et al. 1998; BARRUECO 2001; DIEFENBACHER et al. 2003).

No estudo de TORRECILLA et al. 2001; SILAGY et al. (2000) o uso da terapia de reposição auxiliou a manter a abstinência, uma vez que diminuiu os sintomas da falta da nicotina, sendo uma boa estratégia para promover a cessação do cigarro.

Estudo realizado por SEIJAS et al. (1999) apresentou como resultado que 50 por cento dos indivíduos que participaram de um grupo de apoio com abordagem cognitiva e reposição de nicotina, conseguiu sucesso após doze meses de seguimento.

Utiliza-se a terapia de reposição de nicotina no tratamento da cessação do habito de fumar, porém a forte relação entre transtornos de humor, dependência e a abstinência de nicotina sugerem o uso de antidepressivos no tratamento do tabagismo, de forma combinada ou isolada

(LARANJEIRA e GIGLIOTTI 2001). Outro estudo (GLOVER e GLOVER 2001) sugeriu a associação do adesivo de nicotina com o bupropion, acompanhado de aconselhamento médico.

Devido ao melhor entendimento sobre o vício do tabaco e surgimento de novos tratamentos e terapêuticas, aumentaram as possibilidades de sucesso nas tentativas de abandono de cigarro. A redução do hábito de fumar em 50% pode evitar 20 a 50 milhões de mortes prematuras nos próximos 25 anos e aproximadamente 150 milhões nos 25 anos seguintes, enquanto que a prevenção do início do tabagismo em jovens pode diminuir o número de mortes por doenças relacionadas ao tabaco a partir de 2050 (HAGGSTRAM et al. 2001).

Sobre aos benefícios para a saúde, advindos da cessação do tabaco, são imediatos e importantes (HUGHES et al. 1996), como a diminuição das doenças relacionadas ao tabaco, melhor prognóstico e qualidade de vida (HENNIGFILD et al. 2005).

Ao abandonar 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 daqueles que nunca fumaram. O risco de acidente vascular cerebral reduz após dois anos da interrupção do tabagismo (Ministério da Saúde 1996). Aos vinte minutos do último cigarro a pressão arterial, a frequência cardíaca e a temperatura das mãos voltam aos valores normais. Passado oito horas os níveis de monóxido de carbono e oxigênio no sangue se normalizam. Depois de vinte quatro horas o risco de morte súbita diminui.

Em quarenta e oito horas normalizam-se os sentidos de degustação e olfato. Em setenta e duas horas há melhora da função respiratória.

Depois de três meses já se percebe maior capacidade física e respiratória e aproximadamente aos nove meses, ocorre o menor risco de infecções respiratórias. A partir de cinco anos as taxas de morte por câncer de pulmão diminuem de 137 por 100.000 indivíduos para 72 por 100.000. Após 10 anos o risco de surgimento de um câncer de pulmão iguala-se ao risco de indivíduos não fumantes (TORRECILLA et al. 2001).

Em relação à abordagem do fumante, o profissional de saúde que lida com essa dependência deve possuir conhecimento científico sobre o processo de dependência química, as formas de tratamento, além do conhecimento do processo de abandono do tabagismo. Atualmente o modelo utilizado para a identificação desse processo é o modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, que descreve as fases da mudança de comportamento até que o fumante consiga parar de fumar (PROCHASKA e DI CLEMENTE 1983; PROCHASKA et al. 1994). São essas:

- Fase pré-contemplativa - Os fumantes não pensam em parar de fumar nos próximos seis meses. Não se vêem como dependentes. Negam a intenção de parar de fumar. Apesar de cientes dos malefícios do fumo, não acham que apresentam riscos para adquirirem doenças.
- Fase contemplativa - Os fumantes pretendem parar de fumar no prazo de seis meses, mas enfrentam dificuldades para a tomada de decisão.

Referem dificuldades em cessar o cigarro apresentando medo dos sintomas de abstinência e fracasso além dos sintomas de perda intensa.

- Fase de preparação para a ação – Trabalham com a idéia de cessar o cigarro no prazo de um mês e geralmente já realizaram alguma tentativa anterior de abandono, como redução do número de cigarros ou interesse em algum método de apoio. A decisão de parar de fumar nessa fase é mais evidente.
- Fase da ação – É a fase que o indivíduo enfrenta a abstinência. Decide e para totalmente o consumo de cigarros
- Fase da manutenção - Nessa fase o indivíduo parou de fumar há mais de alguns meses e está em processo de adaptação comportamental aprendendo a viver sem fumar. Há perigo de recaídas.

Indivíduos que deixaram de fumar têm em média três a quatro ciclos antes de abandonar o cigarro (LEITE et al. 1995; LARANJEIRA e GIGLIOTTI et al. 1998).

Esse modelo está baseado em aspectos cognitivo-comportamental e pode ser aplicado em todos os casos de tentativas de cessação do tabagismo. Atualmente, outras fases também estão sendo consideradas como a fase de recaída, onde o fumante volta a fumar (TORRECILLA et al. 2001; MEIRELLES e GONÇALVES 2004), e a fase de finalização onde o ex-fumante sente-se confiante que não irá mais consumir produtos do tabaco (KIRTCHENCHTEJN e CHATKIN 2004).

A motivação é a variável fundamental em uma alteração comportamental. Os pacientes altamente motivados a parar de fumar são geralmente mais bem-sucedidos do que os pacientes menos motivados. A avaliação dos participantes em relação à fase de motivação que se encontram é fundamental para o adequado tratamento. KIRTCHENCHTEJN e CHATKIN (2004) afirmaram que não há sentido em oferecer tratamento para a cessação do tabagismo para os indivíduos em fase pré-contemplativa. Nessa fase as ações educativas sobre as informações dos riscos oferecidos pelo tabaco e o esclarecimento sobre os benefícios para a saúde, quando ocorre à cessação do tabaco, são mais apropriados.

Frente a essa problemática do tabagismo e mediante aos poucos estudos que efetivamente utilizaram os fatores preditivos para o sucesso da abstinência, percebeu-se a necessidade da realização deste estudo.

2 OBJETIVOS

O presente estudo tem por objetivos:

Etapa I

- Classificar os subgrupos de fumantes com alta e baixa probabilidade de insucesso para o abandono do tabagismo, mediante os dados obtidos através de estudo prévio;

Etapa II

- Validar, retrospectivamente, a classificação por grupo de risco de alta e baixa probabilidade de insucesso em uma nova amostra de participantes do Grupo de Apoio ao Tabagista (GAT);

Etapa III

- Validar prospectivamente, em uma outra instituição, a classificação por grupo de risco de alta e baixa probabilidade de insucesso em uma nova amostra de participantes.

3 METODOLOGIA

No período de agosto de 1997 a dezembro de 1999 realizou-se um primeiro estudo (AYOUB 2001) retrospectivo para a análise de sucesso do programa de Apoio ao Tabagista com 342 fumantes. Esse estudo determinou os fatores prognósticos de sucesso do Programa de Apoio ao Tabagista, identificando os subgrupos de fumantes de alto risco para o sucesso, que se beneficiarão dos programas atuais.

Concluimos nesse estudo alguns fatores preditivos de sucesso na análise univariada conforme o período de seguimento:

Em um mês os fatores preditivos para o sucesso na análise foram: ter realizado 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 ($p = 0,047$), ter obtido no teste de Fagerström *score* entre dois e oito ($p = 0,017$), consumir no máximo vinte cigarros por dia ($p = 0,042$), ter tido intenção de abandonar o tabagismo nos últimos trinta dias ($p = 0,048$), ter realmente muita vontade de parar de fumar ($p = 0,018$), fumar automaticamente sem perceber que está fumando, sentir dificuldade de ficar sem fumar ($p = 0,07$).

Em três meses os fatores preditivos para o sucesso na análise foram: ter realizado 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, sentir dificuldade de ficar sem fumar ($p=0,046$).

Em seis meses os fatores preditivos para o sucesso na análise foram: ter realizado 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 obtido no teste de Fagerström *score* entre dois e oito ($p=0,046$), ter realmente muita vontade de parar de fumar ($p=0,010$), aproveitar para fumar nos momentos de calma ($p=0,049$).

Em nove meses os fatores preditivos para o sucesso na análise foram: ter realizado 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 tido intenção de abandonar o tabagismo nos últimos trinta dias ($p=0,048$), ter realmente muita vontade de parar de fumar ($p=0,021$), aproveitar para fumar nos momentos de calma ($p=0,030$).

Em doze meses os fatores preditivos para o sucesso na análise foram: ter realizado 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 tido intenção de abandonar o tabagismo nos últimos trinta dias ($p=0,048$), ter realmente muita vontade de parar de fumar ($p=0,020$), aproveitar para fumar nos momentos de calma ($p=0,032$).

Na análise multivariada, foi obtido os seguintes achados no período de seguimento:

Em um mês os participantes que apresentavam abstinência do cigarro apresentaram os seguintes fatores significativos associados ao sucesso do programa na análise multivariada: haviam realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$ -OR 21,7 – IC 10 – 47); o cônjuge era fortemente contra o hábito de fumar ($p = 0,02$ - OR 7,7 – IC 2,0 – 29); fizeram uso do método de interrupção abrupta para cessar o tabagismo ($p = 0,027$ - OR 2,3 - IC 1,0 – 4,9); possuíam antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica ($p = 0,037$ –OR 21,6 – IC 2,7 - 172).

Em três meses os participantes que apresentavam abstinência do cigarro apresentaram os seguintes fatores significativos associados ao sucesso do programa na análise multivariada: haviam realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$ -OR 11,3 – IC 3,7 – 34,4); o cônjuge era fortemente contra o hábito de fumar ($p = 0,015$ - OR 19,5 – IC 1,7 – 220); possuíam antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica ($p = 0,049$ –OR 26,4 – IC 1,0 – 648);obtiveram no teste de Fagerström *score* entre dois e oito ($p = 0,043$ – OR 5,3 - IC 1,0 – 27); apresentavam sintoma de chiado ($p = 0,034$ - OR – 3,3 IC 1,0 – 9,9).

Em seis meses os participantes que apresentavam abstinência do cigarro apresentaram os seguintes fatores significativos associados ao sucesso do programa na análise multivariada: haviam realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$ -OR 8,2 – IC 3,5 – 20,0); o cônjuge era fortemente contra o hábito de fumar ($p = 0,030$ - OR 6,5 – IC 1,2 – 35); possuíam antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica ($p = 0,009$ –OR 10,2 – IC 1,8 - 58).

Em nove meses os participantes que apresentavam abstinência do cigarro apresentaram os seguintes fatores significativos associados ao sucesso do programa na análise multivariada: haviam realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$ -OR 7,5 – IC 3,3 – 17,0); o cônjuge era fortemente contra o hábito de fumar ($p = 0,044$ - OR 8,3 – IC 1,0 – 65).

Em doze meses os participantes que apresentavam abstinência do cigarro apresentaram os seguintes fatores significativos associados ao sucesso do programa na análise multivariada: haviam realizado o Programa de Apoio ao Tabagista ($p < 0,001$ -OR 10,4 – IC 3,0 – 36,0); possuíam antecedentes pessoais de doença pulmonar obstrutiva crônica ($p = 0,014$ – OR 20,1– IC 1,8 - 22); obtiveram no teste de Fagerström *score* entre dois e oito ($p = 0,065$ – OR 5,2 - IC 0,8 – 30,0); não estavam muito preocupados com o aumento de peso ao parar de fumar ($p = 0,025$ - OR – 5,18 - IC 1,2 – 22).

4 ETAPA I

Tendo em vista que o estudo que originou estes fatores preditivos foi retrospectivo, torna-se imperativo sua validação em nova mostra retrospectiva e protocolo prospectivo.

A partir dos dados obtidos nesse primeiro estudo (AYOUB 2001), tivemos como proposta para essa etapa a divisão dos fumantes em dois grupos: alta e baixa probabilidade de insucesso para a cessação do cigarro.

Para classificar os subgrupos de fumantes com alta e baixa probabilidade de insucesso para ao abandono do tabagismo, foi realizada a seleção das variáveis independentes da análise multivariada do estudo prévio (AYOUB 2001). Foram escolhidas as variáveis do período de três meses de seguimento devido maior número.

As variáveis selecionadas foram as seguintes:

- Participação no Grupo de apoio ao Tabagista (GAT);
- Ter o cônjuge contra o hábito de fumar;
- Ter obtido no teste de Fagerström score entre 2 e 8;
- Presença do sintoma de chiado;
- Presença de sintoma de DPOC.

Baseados nos resultados obtidos na análise multivariada foram atribuídos diferentes pesos de pontuação para as variáveis identificadas como independentes.

O resultado pode ser demonstrado pela fórmula:

$(\text{Participação de GAT} \times 11,3) + (\text{Cônjuge contrário ao hábito de fumar} \times 19,5) - (\text{teste de Fagerström até 8 pontos} \times 5,3) + (\text{presença de chiado} \times 3,3) + (\text{presença de DPOC} \times 26,4) = \text{pontuação do paciente, que corresponde às chances de insucesso ou recidiva.}$

Os pesos atribuídos para cada variável foram:

- Participação no Gat: Resposta sim =1 e resposta não = 0
- Cônjuge contrário ao hábito de fumar: Resposta sim é contra = 1 e resposta não, o cônjuge até estimula = 0
- Teste de Fagerström: Resposta 0 = obteve de 2 a 8 pontos e resposta 1= obteve mais que 8 pontos no teste
- Presença de Chiado: Resposta 1= presença de chiado e Resposta 0=ausência de chiado
- Presença de DPOC: Resposta 1= presença de DPOC e Resposta 0=ausência de DPOC

4.1 RESULTADOS

A partir desta pontuação aplicada em todos pacientes, foi utilizada a mediana para a divisão, obtendo-se dois grupos de riscos:

- O subgrupo de fumantes com $\text{score} \leq 49$ classificados como de alta probabilidade de insucesso;

- O subgrupo de fumantes com *score* > 49 classificados como de baixa probabilidade de insucesso

Os resultados obtidos com essa divisão podem ser vistos nas tabelas 1, 2, 3 e 4.

Tabela 1. Distribuição percentual das taxas sucesso e insucesso em três meses de seguimento de acordo com a classificação por risco de insucesso.

	Score ≤ 49		Score > 49		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sucesso em 3 meses	14	16,7	94	70,7	108	49,8
Insucesso em 3 meses	70	83,3	39	29,3	109	50,2
Total	84	100	133	100	217	100

P < 0,001

Em relação à abstinência do cigarro, foram avaliados 217 participantes, sendo incluídos também aqueles que não participaram do programa.

Em três meses de seguimento cento e oito participantes (49,8%) encontravam-se abstinentes. Destes noventa e quatro (70,7%) apresentavam *score* > 49 e apenas quatorze (16,7%) apresentavam *score* ≤ 49, com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em três meses de seguimento, cento e nove participantes (50,2%) continuavam fumando. Destes trinta e nove (29,3%) apresentavam *score* >49 e setenta (83,3%) apresentavam *score* ≤ 49, com $p < 0,001$.

Tabela 2 - Distribuição percentual das taxas sucesso e insucesso em seis meses de seguimento de acordo com a classificação por risco de insucesso. São Paulo, 2005.

	Score \leq 49		Score $>$ 49		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sucesso em 6 meses	7	8,3	59	42,8	66	29,8
Insucesso em 6 meses	77	91,7	79	57,2	156	70,2
Total	84	100	138	100	222	100

P<0,001

Em seis meses de seguimento sessenta e seis (29,8%) encontravam-se abstinentes. Destes cinquenta e nove participantes (42,8%) apresentavam *score* $>$ 49 e apenas sete participantes (8,3%) apresentavam *score* \leq 49, com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em seis meses de seguimento, cento e cinquenta e seis participantes (70,2%) continuavam fumando. Destes setenta e nove (57,2%) apresentavam *score* $>$ 49 e setenta e sete (91,7 %) apresentavam *score* \leq 49 com $p < 0,001$.

Tabela 3 - Distribuição percentual das taxas sucesso e insucesso em nove meses de seguimento de acordo com a classificação por risco de insucesso. São Paulo, 2005.

	Score \leq 49		Score $>$ 49		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sucesso em 9 meses	7	8,3	57	41,6	64	29
Insucesso em 9 meses	77	91,7	80	58,4	157	71
Total	84	100	137	100	221	100

P< 0,001

Em nove meses de seguimento sessenta e quatro participantes (29,0%) encontravam-se abstinentes. Destes cinquenta e sete (41,6%) apresentavam *score* > 49 e apenas sete (8,3%) apresentavam *score* ≤ 49 com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em nove meses de seguimento, cento e cinqüenta e sete participantes (71,0%) continuavam fumando. Destes oitenta (58,4%) apresentavam *score* > 49 e setenta e sete (91,7 %) apresentavam *score* ≤ 49 com $p < 0,001$.

Tabela 4 - Distribuição percentual das taxas sucesso e insucesso em doze meses de seguimento de acordo com a classificação por risco de insucesso. São Paulo, 2005.

	Score ≤ 49		Score > 49		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sucesso em 12 meses	5	6,0	53	38,7	58	26,2
Insucesso em 12 meses	79	94,0	84	61,3	163	73,8
Total	84	100	137	100	221	100

$P < 0,001$

Em doze meses de seguimento cinqüenta e oito participantes (26,2%) encontravam-se abstinentes. Destes cinqüenta e três participantes (38,7%) apresentavam *score* > 49 e apenas cinco participantes (6%) apresentavam *score* ≤ 49 com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em doze meses de seguimento, cento e sessenta e três participantes (73,8%) continuavam

fumando. Destes oitenta e quatro (61,3%) apresentavam *score* > 49 e setenta e nove (94 %) apresentavam *score* ≤ 49 com $p < 0,001$.

5 ETAPA II

5.1 METODOLOGIA

Nesta etapa, foi realizado um estudo retrospectivo, objetivando validar a classificação por grupo de risco de sucesso, construído e desenvolvido na mesma instituição do estudo prévio, porém aplicado em uma nova amostra de participantes do Grupo de Apoio ao Tabagista (GAT), com o mesmo perfil de população participante.

Para tanto, foi realizada a avaliação de 237 participantes que freqüentaram o grupo de apoio ao tabagista, do Centro de Tratamento e Pesquisa, Hospital do Câncer – SP, Instituição de referência em oncologia do estado de São Paulo.

O grupo de apoio ao tabagista teve início em agosto de 1997, envolvendo os departamentos de cirurgia torácica, psiquiatria e psicologia da instituição. Adotou-se o método de orientação comportamental associada a terapia de reposição de nicotina.

Os critérios de inclusão foram o de ser adulto e fumante. Foram excluídos os participantes que na avaliação psiquiátrica apresentavam distúrbios de comportamento.

O objetivo do programa foi o de promover a abstinência total do tabaco e a manutenção da mesma, reconhecendo os riscos para a recaída.

Os participantes responderam dois questionários auto-aplicáveis teste de Fargeström (Anexo IV) e teste ou inventário de depressão de Beck (Beck depression Inventory), (Anexo VII).

A seguir, os pacientes foram submetidos a uma consulta psiquiátrica de forma individual, direcionada para a história do consumo do tabaco, problemas associados ao tabagismo, aspectos relacionados aos tratamentos anteriores e avaliação do grau de motivação do indivíduo em parar de fumar, vontade para iniciar o tratamento, além dos dados epidemiológicos.

Após esta consulta, os participantes realizaram uma radiografia de tórax e exame de eletrocardiograma, sendo encaminhados para uma consulta com o pneumologista, onde era realizado exame físico, avaliação dos exames realizados e anamnese. A partir dessa etapa, aproximadamente doze participantes foram direcionados a cada grupo, participando da terapia cognitivo-comportamental em grupo com objetivo de conseguir a abstinência e apoio para a recaída, com duração de cinco semanas. Utilizou-se a terapia de reposição de nicotina através do adesivo de nicotina de 7mg, 14mg e 21mg de nicotina ativa. A definição da dose, redução do adesivo e a avaliação da necessidade de mudança nos hábitos foram realizadas pelo profissional condutor do programa a cada encontro.

A terapia cognitivo-comportamental pode ser definida como um conjunto de técnicas cognitivas, que proporcionam a mudança de padrões de pensamento e comportamentais, estes levarão a mudanças de comportamento. É o cerne do tratamento do tabagismo, devendo-se lembrar que não devemos interferir na rotina de vida dos participantes (ORLEANS e

SLADE 1993). Esse tratamento representa uma intervenção intensiva para parar de fumar. Utiliza-se o suporte social, informações sobre dependência, reconhecimento de situações de riscos e recaídas, sintomas de abstinências (BRANDON 2001).

Esta terapia é reconhecida por uma terapia breve, estruturada em três níveis: a modificação do comportamento de uso e dos pensamentos automáticos disfuncionais, a resolução dos problemas associados e o reajuste social e ambiental (MARQUES et al. 2001).

Os fatores prognósticos analisados no estudo prévio foram extraídos da avaliação psiquiátrica, do questionário de Anamnese e exame Físico (Anexo V) realizado pelo médico, dos questionários Aru Smoking Questionnaire (Anexo VI) e do Aru Smoking Motivation Questionnaire (Anexo VIII) e o Fagerström Test for Nicotine Dependence (Anexo IV).

O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital do Câncer e aprovado por este, com número de Registro 427/ 02 (Anexo I, III).

5.2 CASUÍSTICA

Para a análise dos dados foram incluídos todos os 237 participantes que passaram na triagem do programa de Apoio ao Tabagista no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2002 e que atenderam os critérios de inclusão do estudo, portanto, mesmo os candidatos que não conseguiram freqüentar as reuniões foram incluídos em nossa amostra, a fim de

conseguirmos avaliar a importância da participação do curso de apoio ao tabagista.

Foi considerado como sucesso, os participantes que se mantiveram abstinentes após o término do programa nos períodos de seguimento.

5.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística, foi construído um banco de dados e estes foram analisados utilizando-se o programa Statistical Package Social Science-SPSS for Windows, versão 11.0. Realizou-se a análise estatística pelo qui-quadrado.

5.4 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, o período em que apresentaram a recaída.

Dos 237 participantes inscritos no programa, conseguiu-se o seguimento completo em 177 (74,7%).

5.5 RESULTADOS

Do total de 237 participantes, cento e dezoito (49,8%) iniciaram o programa, participando das reuniões do programa. Cinquenta e nove

participantes (24,9%) não conseguiram iniciar o programa e alegaram problemas financeiros para a compra dos adesivos, problemas de transporte nos dias de reunião, falta de liberação do trabalho para participar do programa e em cinco casos houve ausência de participação devido ocorrência de falecimento.

Sessenta participantes não foram localizados (25,3%) por ausências de registros de preenchimento das fichas do GAT, ausências do registro do número de telefone nas fichas, mudanças dos números dos telefones e endereços, mudanças de emprego, de cidade e dificuldades no atendimento telefônico, por não se encontrarem nas residências durante as mais de três tentativas realizadas em diferentes datas.

Foram analisados os fatores numéricos: idade, questionário de tolerância de Fagerström, Inventário de depressão de Beck, número de cigarros consumidos por dia e anos consumo do cigarro.

Os fatores não numéricos estudados foram: sexo, escolaridade, tentativas de abandono anteriormente, existência de fumantes em casa ou pessoa importante para o fumante que estimula e até incentiva o consumo do tabaco, participando do programa de apoio ao tabagista, história pessoal de depressão, uso de drogas, etilismo, presença de pais fumantes, presença de problemas orgânicos associados ao tabagismo como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e chiado.

Em relação à amostra do presente estudo retrospectivo, esta foi composta por 237 participantes inscritos no Grupo de Apoio ao Tabagista, caracterizada conforme demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização da população de estudo da etapa II segundo variáveis da análise retrospectiva. São Paulo, 2005.

Variável	Categoria	Total	
		nº	%
Idade	18 a 45	106	44,7
	46 a 55	79	33,3
	Mais de 56	52	21,9
	S/R	0	0,0
Categoria	Convenio	87	36,7
	Particular	10	4,2
	SUS	132	55,7
	S/R	8	3,4
Sexo	Masculino	90	38,0
	Feminino	147	62,0
	S/R	0	0,0
Naturalidade	Grande São Paulo	121	51,1
	Outros municípios	50	21,1
	Outros estados	45	19,0
	Outros países	6	2,5
	S/R	15	6,3
Estado civil	Solteiro	50	21,1
	Casado/Amasiado	114	48,1
	Separado/Viúvo	43	18,1
	S/R	30	12,7

Cont/ Tabela 5 - Caracterização da população de estudo da etapa II segundo variáveis de análise retrospectiva. São Paulo, 2005.

Variável	Categoria	Total	
		nº	%
Escolaridade	Até 1º grau completo	45	19,0
	Até 2º grau completo	80	33,8
	Superior	75	31,6
	S/R	37	15,6
Ocupação	Ativo (trabalhou até 4 meses)	120	50,6
	Desempregado	19	8,0
	Outros	71	30,0
	S/R	27	11,4
Cor	Branco	184	77,6
	Negro	10	4,2
	Mulato	6	2,5
	Amarelo	5	2,1
	S/R	32	13,5
Neoplasia	Sim	57	24,1
	Não	180	75,9
	S/R	0	0,0
Tempo de fumo/anos	Até 29	132	55,7
	Mais 29	105	44,3
	S/R	0	0,0
História pessoal depressão	Sim	73	30,8
	Não	160	67,5
	S/R	4	1,7

Cont/ Tabela 5 - Caracterização da população de estudo da etapa II segundo variáveis de análise retrospectiva. São Paulo, 2005.

Variável	Categoria	Total	
		nº	%
História pessoal uso de drogas	Sim	13	5,5
	Não	224	94,5
	S/R	0	0,0
História pessoal etilismo	Sim	34	14,3
	Não	203	85,7
	S/R	0	0,0
História familiar depressão	Sim	53	22,4
	Não	180	75,9
	S/R	4	1,7
Consumo cigarros /dia	Até 20	143	60,3
	Mais de 20	94	39,7
	S/R	0	0,0
Tentativas anteriores	Sim	36	15,2
	Não	201	84,8
Total da população estuda		237	100

“SR” – “sem resposta”

As variáveis analisadas para o desenvolvimento da classificação por grupos de riscos de insucesso foram o Teste de Fagerström, participação no Programa de Apoio ao Tabagista, opinião do cônjuge ou da pessoa mais importante para o tabagista, presença de chiado e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), demonstradas na Tabela 6.

Tabela 6 - Caracterização das variáveis estudadas para a classificação por grupo de risco na etapa II. São Paulo, 2005.

Variável	Categoria	Total	
		nº	%
Teste de Fagerström	De 2 a 8	176	74,3
	De 9 a 11	61	25,7
	S/R		0,0
Programa de apoio Ao tabagista	Sim	118	49,8
	Não	59	24,9
	S/R	60	25,3
Pessoa mais importante é Contra o hábito de fumar	Sim	138	58,2
	Não	95	40,1
	SR	4	1,7
Antecedente DPOC	Sim	116	49,0
	Não	108	45,5
	S/R	13	5,5
Apresenta chiado	Sim	41	17,3
	Não	188	79,3
	S/R	8	3,4
Total da população estuda		237	100

Foi aplicado novamente o score nessa amostra, com os seguintes achados, conforme demonstrado nas Tabelas 7 e 8.

Tabela 7 - Índice de Sucesso e Insucesso do Grupo de Apoio ao Tabagista da análise retrospectiva segundo classificação por risco de insucesso, em 6 meses de seguimento. São Paulo, 2005.

	Score \leq 49		Score $>$ 49		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sucesso em 6 meses	22	24,4	62	71,3	84	47,5
Insucesso em 6 meses	68	75,6	25	28,7	93	52,5
Total	90	100	87	100	177	100

P < 0,001

Em relação à abstinência do cigarro, foram avaliados cento e setenta e sete participantes, sendo incluídos também aqueles que não participaram do programa.

Em seis meses de seguimento oitenta e quatro participantes (47,5%) encontravam-se abstinentes. Destes sessenta e dois (71,3%) apresentavam Score $>$ 49 e vinte e dois (24,4%) apresentavam Score \leq 49 com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em seis meses de seguimento, noventa e três participantes (52,5%) continuavam fumando. Destes vinte e cinco (28,7%) apresentavam Score $>$ 49 e sessenta e oito (75,6%) apresentavam Score \leq 49 com $p < 0,001$.

Tabela 8 - Índice de Sucesso e Insucesso do Grupo de Apoio ao Tabagista da análise retrospectiva, segundo classificação por risco de insucesso, em 12 Meses de seguimento. São Paulo, 2005.

	Score ≤ 49		Score > 49		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sucesso em 12 meses	14	15,6	62	71,3	76	42,9
Insucesso em 12 meses	76	84,4	25	28,7	101	57,1
Total	90	100	87	100	177	100

P < 0,001

Em doze meses de seguimento, setenta e seis participantes encontravam-se abstinentes. Destes sessenta e dois o(71,3%) apresentavam Score > 49 e quatorze (15,6 %) apresentavam Score ≤ 49, com p<0,001.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência, cento e um participantes (57,1%) continuavam fumando. Destes vinte e cinco (28,7%) apresentavam Score > 49 e setenta e seis (84,4 %) apresentavam Score ≤ 49 com p< 0,001.

Podemos concluir nessa etapa que foi possível prever as chances de sucesso na cessação do tabagismo, desde o início do tratamento, baseado na probabilidade de insucesso, conforme Tabela 7 e 8, demonstrando que o subgrupo de fumantes com score ≤ a 49 classificados como de alta probabilidade de insucesso realmente obtiveram as piores taxas de abandono do tabagismo enquanto o subgrupo de fumantes com score > que 49 classificados como de baixa probabilidade de insucesso, obtiveram as melhores taxas de abandono do tabagismo.

Nossos resultados mostraram também que os indivíduos que participaram do programa de apoio ao tabagista apresentaram as melhores taxas de sucesso em todo período analisado, conforme as Tabelas 9 e 10.

Tabela 9 – Índice de sucesso e insucesso em 6 meses de seguimento segundo participação e não participação no programa de Apoio ao Tabagista, da etapa retrospectiva. São Paulo, 2005.

	Participou do programa de apoio		Não Participou do programa de apoio		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sucesso em 6 meses	69	58,5	15	25,4	84	47,5
Insucesso em 6 meses	49	41,5	44	74,6	93	52,5
Total	118	100	59	100	177	100

P<0,001

Em relação à abstinência do cigarro, foram avaliados 177 participantes, sendo incluídos também aqueles que não participaram do programa.

Em seis meses de seguimento oitenta e quatro participantes (47,5%) encontravam-se abstinentes. Destes sessenta e nove participantes (58,5 %) haviam participado do programa e quinze participantes (25,4%) não haviam participado, com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em seis meses de seguimento, noventa e três participantes (52,5%) continuavam fumando. Destes quarenta e nove (41,5%) haviam participado do programa e quarenta e quatro (74,6 %) não haviam participado com $p < 0,001$.

Tabela 10 – Índice de sucesso e insucesso em 12 meses de seguimento segundo participação e não participação no programa de Apoio ao Tabagista, da etapa retrospectiva. São Paulo, 2005.

	Participou do programa de apoio		Não participou do programa de apoio		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sucesso em 12 meses	62	52,5	14	23,7	76	42,9
Insucesso em 12 meses	56	47,5	45	76,3	101	57,1
Total	118	100	59	100	177	100

P<0,001

Em doze meses de seguimento setenta e seis participantes (42,9%) encontravam-se abstinentes. Destes sessenta e dois (52,5 %) haviam participado do programa e quatorze (23,7%) não haviam participado, com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em doze meses de seguimento, cento e um participantes (57,1%) continuavam fumando. Destes cinquenta e seis (47,5%) haviam participado do programa e quarenta e cinco (76,3 %) não haviam participado com $p < 0,001$.

6 ETAPA III

6.1 METODOLOGIA

Após a análise dos dados obtidos na etapa II, iniciamos este outro estudo prospectivo, com avaliação dos participantes que freqüentaram outro grupo de apoio ao tabagista.

Foi escolhido o programa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), instituição de referência em cardiologia do Estado de São Paulo, especializada na Assistência a pacientes com doenças cardiovasculares, devido o tabaco ser reconhecido como um importante fator de risco previsível para as doenças cardíacas.

Os dados foram extraídos da avaliação médica e exame físico, através do prontuário e dos formulários existentes no grupo de apoio (Anexo VIV), do teste de Fagerström (Anexo IV) e do instrumento de coleta de dados da pesquisadora (Anexo X).

Foram analisados os fatores numéricos: idade, questionário de tolerância de Fagerström, número de cigarros consumidos por dia, consumo do cigarro em anos, número de reuniões que participou no grupo.

Os fatores não numéricos estudados foram: avaliação do estado de motivação, sexo, cor, escolaridade, tentativas de abandono anteriormente, existência de fumantes em casa, ou pessoa importante para o fumante que estimula consumo do tabaco, história pessoal de depressão, uso de drogas,

etilismo, história familiar de depressão, presença de pais fumantes, presença de problema orgânico associado ao tabagismo como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), chiado, adesão ao programa.

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento contendo as características gerais da amostra, hábitos relacionados ao consumo de tabaco, e as seguintes variáveis:

- Participação no Grupo de apoio ao Tabagista (GAT);
- Ter o cônjuge contra o hábito de fumar;
- Ter obtido no teste de Fagerström score entre 2 e 8;
- Presença do sintoma de chiado;
- Presença de sintoma de DPOC.

As questões foram formuladas pela pesquisadora tendo como base o estudo prévio. As entrevistas foram realizadas pessoalmente durante os encontros e reuniões de seguimento e também por telefone com os participantes. Os critérios de inclusão dessa etapa foram o ser adulto e fumante.

O programa de apoio ao tabagista teve início em 2003 utilizando-se de uma proposta de trabalho multidisciplinar através da abordagem cognitiva comportamental.

O complemento medicamentoso foi oferecido a alguns participantes quando avaliado a necessidade pelo médico. Em sua consulta médica o fumante foi questionado sobre seu interesse em deixar de fumar e quando

demonstrou interesse pessoal ou necessidade médica, foi encaminhado ao programa de apoio ao tabagista.

Esses pacientes foram encaminhados à secretaria da Sessão de Hipertensão onde tiveram seus nomes colocados em uma lista de espera e foram orientados sobre a necessidade de aguardarem um contato do grupo. Foram posteriormente avisados por telefone do início e horário do programa, geralmente com vinte dias de antecedência.

Esse programa consistiu em quatro sessões semanais com aproximadamente, uma hora por dia de duração e após mais cinco encontros para a realização do controle de seguimento, com o objetivo de avaliação das recaídas. Foi realizado aos quinze dias, trinta dias, três meses, nove meses e um ano de seguimento após o término do programa.

A equipe era multiprofissional composta por médico, psicólogo, enfermeiro, nutricionista e fisioterapeuta. A abordagem aplicada era abrangente das várias situações existentes na vida diária dos fumantes e discutiram-se as dificuldades envolvidas no processo de cessação do tabagismo. O critério de avaliação dos resultados foi à supressão total do tabagismo e a manutenção da fase de abstinência, durante o período de seguimento de um ano.

O atendimento foi realizado em grupo de aproximadamente quinze participantes, através da presença de todo o grupo multidisciplinar sendo aplicada à abordagem cognitiva - comportamental.

Os assuntos incluíram dados epidemiológicos, importância da cessação do tabagismo, dependência química, física e psicológica, danos

causados pelo tabagismo ao fumante e fumante passivo, benefícios do abandono do tabaco, educação alimentar, importância dos exercícios físicos e principalmente regulares, mudanças de crenças e valores e necessidade de mudanças de comportamento buscando uma vida mais saudável.

Na primeira sessão foi aplicado o teste de Fagerström para avaliar o grau de dependência de nicotina, o instrumento de coleta de dados da pesquisadora, o consentimento pós-informado assinado para participar do estudo, a ficha do programa com dados clínicos e epidemiológicos e o questionário de avaliação do grau de motivação. O objetivo desse primeiro encontro foi o de fornecer através do profissional enfermeiro as informações sobre o programa de apoio ao tabagista, consequências do tabagismo para a saúde, a existência do fumante passivo e os benefícios da cessação do tabagismo.

Foi explicada pelo profissional psicólogo que a ênfase do método utilizado pela equipe foi a terapia cognitiva em grupo, que teve como função fazer com que o indivíduo compreendesse o sentido do cigarro em sua vida e ao mesmo tempo criasse mecanismos para que consiga parar de fumar.

Na segunda sessão ocorreu o planejamento da parada do cigarro, que foi realizada preferencialmente de forma abrupta. Receberam orientação pelo profissional fisioterapeuta a respeito da importância dos exercícios físicos, principalmente as técnicas de relaxamento. Ainda nessa sessão todos os participantes passaram pelo médico do grupo através de uma consulta clínica, sendo realizado um exame físico e história do tabaco, discutido individualmente a melhor forma de cessar o tabagismo, sendo

solicitados Raios-X de tórax, exames de laboratório (bioquímicos) e avaliação da necessidade de realização de eletrocardiograma.

Na terceira sessão a profissional nutricionista ofereceu orientações dietéticas específicas, listou alguns alimentos saudáveis e explicou a necessidade de muitas vezes os fumantes precisarem realizar mudanças no hábito alimentar. Os participantes foram acompanhados durante todo o programa e período de seguimento, tendo o peso controlado em cada sessão. Nessa sessão orientou receberam orientação sobre a presença dos sinais e sintomas da abstinência, os riscos advindos do tabaco e os benefícios da cessação do cigarro.

Foi na quarta sessão que os exercícios foram introduzidos mais intensamente. Foram orientados sobre os vários benefícios, como a redução da tensão e o stress, a diminuição das calorias. Provêm modificações psicológicas, estimulando-os a preparar-se para um novo estilo de vida de não fumante, que terá importante impacto na melhora da qualidade de vida. Foram reforçados todos os conselhos oferecidos anteriormente e os participantes foram conscientizados mais uma vez a abandonarem o cigarro e principalmente manterem-se abstinentes.

Durante todas as sessões nos períodos de seguimento os participantes foram constantemente avaliados pelo psicólogo, médico e demais profissionais de saúde, com atenção à presença de sinais de irritabilidade, nervosismo ou outros sinais de abstinência que necessitassem de abordagem individual.

A partir da quarta sessão foram agendados os retornos em trinta dias, seis, nove e doze meses do término do programa para o acompanhamento do processo de abstinência. Nesses encontros os participantes relatavam as dificuldades encontradas, os motivos que os levaram ao sucesso ou insucesso e os sentimentos vivenciados.

Durante o decorrer do ano o grupo de apoio ao tabagista sofreu algumas alterações com o interesse em atrair mais os participantes. Para isso ser conseguido foram necessárias reuniões freqüentes com os profissionais envolvidos, algumas alterações das orientações oferecidas e principalmente com dinâmicas nas aulas. Os participantes passaram a trocar experiências positivas e também negativas em relação às situações vivenciadas para a busca do abandono do tabagismo. As mudanças ocorreram também na forma da disposição das cadeiras, no recebimento pelos profissionais demonstrando mais entusiasmo pela participação dos fumantes, a participação mais ativa dos profissionais envolvidos, até mesmo nos momentos das atividades físicas. Os participantes abstinentes passaram a receber aplausos da equipe. Outra mudança positiva foi à escolha do dia "D" para deixar de fumar, que passou a ser definido na segunda reunião com a participação de todos os presentes (participantes e profissionais).

O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IDPC e aprovado por este, com número de Registro 3307.

6.2 CASUÍSTICA

Para a análise dos dados foram incluídos 124 participantes que freqüentaram o grupo de apoio ao tabagista de junho de 2004 a agosto de 2005. Os critérios de inclusão dessa etapa foram o ser adulto e fumante.

A amostra foi realizada com participantes que procuraram espontaneamente o programa ou por encaminhamento da equipe médica da Instituição.

Consideramos como critério de exclusão os indivíduos que realizaram apenas uma ou duas sessões, por acreditarmos que não estariam conscientizados sobre os benefícios de abandonar o tabagismo, assim como dos riscos do tabaco.

6.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise dos dados, foi construído um banco de dados e estes foram analisados utilizando-se o programa Statistical Package Social Science-SPSS for Windows, versão 11.0.

Realizou-se análise pelo teste de associação pelo qui-quadrado.

6.4 SEGUIMENTO

Foi aplicada a classificação por grupos de riscos de acordo com o banco de dados do estudo prévio.

Após o término do programa, fez-se o contato telefônico ou a entrevista nos períodos de seguimento para identificar quais pacientes permaneciam abstinentes, em trinta dias, três e seis meses do término do programa.

Freqüentemente essas entrevistas aconteceram nos próprios dias das reuniões. Em relação aos que não conseguiram parar de fumar, foram levantados os motivos que da recaída. Foram também avaliadas as anotações nas fichas na ocasião das consultas realizadas e nas intercorrências com os pacientes, além do prontuário médico.

Os participantes foram incluídos nos grupos de alta e baixa probabilidade de sucesso para a cessação do tabagismo no início dos programas e acompanhados para seguimento no início do programa.

Foi considerado sucesso todos os pacientes que conseguirem permanecer em abstinência durante o período de seguimento, desde o início do programa até seis meses após o seu término.

6.5 RESULTADOS

Em relação à amostra do presente estudo prospectivo, esta foi composta por 124 participantes inscritos no Grupo de Apoio ao Tabagista, caracterizada conforme demonstrado na Tabela 11.

Tabela 11 - Caracterização da população de estudo da etapa III segundo análise prospectiva. São Paulo, 2005.

Variável	Categoria	Total	
		nº	%
Idade	18 a 45	23	18,5
	46 a 55	48	38,7
	Mais de 56	53	42,7
Categoria	Convênio	0	0,0
	Particular	0	0,0
	SUS	124	100
Tentativas anteriores	Sim	68	54,8
	Não	56	45,2
Sexo	Masculino	55	44,4
	Feminino	69	55,6
Naturalidade	Grande São Paulo	97	78,2
	Outros municípios	11	8,9
	Outros estados	11	8,9
	Outros países	5	4,0
Estado civil	Solteiro	18	14,5
	Casado/amasiado	81	65,3
	Separado/viúvo	25	20,2
Escolaridade	Até 1º grau completo	61	49,2
	Até 2º grau completo	57	46,0
	Superior	6	4,8
Ocupação	Ativo (trabalhou até 4 meses)	64	51,6
	Desempregado	10	8,1
	Outros	50	40,3

Cont/ Tabela 11 - Caracterização da população de estudo da etapa III segundo análise prospectiva. São Paulo, 2005.

Variável	Categoria	Total nº	%
Cor	Branco	87	70,2
	Negro	18	14,5
	Mulato	17	13,7
	Amarelo	2	1,6
Neoplasia	Sim	2	1,6
	Não	122	98,4
Tempo de fumo/anos	Até 29	23	18,5
	Mais 29	101	81,5
Teste de Fagerström	De 2 a 8	98	79,0
	De 9 a 11	26	21,0
História pessoal depressão	Sim	35	28,2
	Não	89	71,8
História pessoal uso de drogas	Sim	1	0,8
	Não	123	99,2
História pessoal etilismo	Sim	28	22,6
	Não	96	77,4
História familiar depressão	Sim	28	22,6
	Não	96	77,4
Programa de apoio ao tabagista	Sim	92	74,2
	Não	32	25,8
Terapêutica anterior	Sim	84	67,7
	Não	40	32,3
Participação nas reuniões	Uma	15	13,3
	Duas	17	13,7
	Três	34	28,2
	Quatro	58	46,8
Consumo cigarros /dia	Até 20	79	63,7
	Mais de 20	45	36,3

Cont/ Tabela 11 - Caracterização da população de estudo da etapa III segundo análise prospectiva. São Paulo, 2005.

Variável	Categoria	Total n°	%
Pessoa mais importante é contra o hábito de fumar	Sim	100	80,6
	Não	24	19,4
Antecedente DPOC	Sim	99	79,8
	Não	25	20,2
Apresenta chiado	Sim	37	29,8
	Não	87	70,2
Fatores de risco cardiovascular	Hipertensão arterial	87	70,2
	Diabetes	1	0,8
	Dislipidemia	10	8,1
	Obesidade	13	10,5
	Todos associados	2	1,6
	Outras patologias	11	8,8
Total da população estuda		124	100

"DPOC" - "Doença pulmonar obstrutiva crônica"

As variáveis analisadas para o desenvolvimento da classificação por grupos de riscos de insucesso foram o Teste de Fagerström, participação no Programa de Apoio ao Tabagista, opinião do cônjuge ou da pessoa mais importante para o tabagista, presença de chiado e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), demonstradas na Tabela 12.

Tabela 12 - Caracterização das variáveis estudadas para a classificação por grupo de risco, segundo etapa III, análise prospectiva. São Paulo, 2005.

Variável	Categoria	Total	
		nº	%
Teste de Fagerström	De 2 a 8	98	79,0
	De 9 a 11	26	21,0
Programa de apoio ao tabagista	Sim	92	74,2
	Não	32	25,8
Pessoa mais importante é contra o hábito de fumar	Sim	100	80,6
	Não	24	19,4
Antecedente DPOC	Sim	99	79,8
	Não	25	20,2
Apresenta chiado	Sim	37	29,8
	Não	87	70,2
Total da população estuda		124	100

Tabela 13 - Índice de Sucesso e Insucesso do Grupo de Apoio ao Tabagista, análise prospectiva, segundo classificação por risco de insucesso, em 30 dias de seguimento. São Paulo, 2005.

	Score ≤ 49		Score > 49		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sucesso em 30 dias	5	13,2	56	65,1	61	49,2
Insucesso em 30 dias	33	86,8	30	34,9	63	50,8
Total	38	100	86	100	124	100

P < 0,001

Em relação à abstinência do cigarro, foram avaliados cento e vinte e quatro participantes, sendo incluídos também aqueles que não conseguiram participaram do programa.

Em trinta dias de seguimento sessenta e um participantes (49,2%) encontravam-se abstinentes. Destes cinqüenta e seis participantes (65,1%) apresentavam *score* > 49 e cinco participantes (13,2%) apresentavam *score* ≤ 49 com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em trinta dias de seguimento, sessenta e três participantes (50,8%) continuavam fumando. Destes, trinta (34,9%) apresentavam *Score* > 49 e trinta e três (86,8%) apresentavam *Score* ≤ 49, com $p < 0,001$.

Nosso resultado demonstrou que esse fator foi significativo para o sucesso e insucesso do programa, em trinta dias de seguimento com $p < 0,001$.

Tabela 14 - Índice de Sucesso e Insucesso do Grupo de Apoio ao Tabagista, análise prospectiva, segundo classificação por risco de insucesso, em 3 meses de seguimento. São Paulo, 2005.

	Score ≤ 49		Score > 49		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sucesso em 3 meses	2	5,3	55	64	57	46
Insucesso em 3 meses	36	94,7	31	36	67	54
Total	38	100	86	100	124	100

$P < 0,001$

Em três meses de seguimento, cinqüenta e sete participantes (46%) encontravam-se abstinentes. Destes cinqüenta e cinco participantes (64%) apresentavam Score > 49 e apenas dois (5,3%) apresentavam Score ≤ 49, com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em três meses, sessenta e sete participantes (54 %) continuavam fumando. Destes trinta e um (36%) apresentavam Score > 49 e trinta e seis (94,7 %) apresentavam Score ≤ 49, com $p < 0,001$.

Nosso resultado demonstrou que esse fator foi significativo para o sucesso e insucesso do programa, em três meses de seguimento com $p < 0,001$.

Tabela 15 - Índice de Sucesso e Insucesso do Grupo de Apoio ao Tabagista, análise prospectiva, segundo classificação por risco de insucesso, em 6 meses de seguimento. São Paulo, 2005.

	Score ≤ 49		Score > 49		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sucesso em 6 meses	3	7,9	46	53,5	49	39,5
Insucesso em 6 meses	35	92,1	40	46,5	75	60,5
Total	38	100	86	100	124	100

$P < 0,001$

Em seis meses de seguimento, quarenta e nove participantes (39,5%) encontravam-se abstinentes. Destes quarenta e seis participantes (53,5%) apresentavam score > 49 e apenas três (7,9 %) apresentavam score ≤ 49, com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em seis meses de seguimento, setenta e cinco participantes (60,5%) continuavam fumando. Destes quarenta (46,5%) apresentavam $score > 49$ e trinta e cinco (92,1%) apresentavam $score \leq 49$, com $p < 0,001$.

Nosso resultado demonstrou que esse fator foi significativo para o sucesso e insucesso do programa, em seis meses de seguimento, com $p < 0,001$.

Podemos concluir que, a partir dos achados dessa etapa, foi possível prever as chances de insucesso na cessação do tabagismo, desde o início do tratamento, baseado na alta probabilidade de insucesso, segundo $score \leq 49$ desenvolvidos no estudo de prévio.

Quanto ao programa de apoio ao tabagista, noventa e dois indivíduos participaram das reuniões do grupo (74,2%), trinta e dois indivíduos (25,8%) não conseguiram participar do programa.

Nossos achados mostraram que os indivíduos que participaram do programa de apoio ao tabagista apresentaram as melhores taxas de sucesso em todo período analisado, conforme Tabelas 16, 17,18.

Em três meses de seguimento cinquenta e sete participantes (46%) encontravam-se abstinentes. Destes cinquenta e quatro participantes (58,7%) haviam participado do programa e três participantes (9,4%) não haviam participado, *com* $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em três meses de seguimento, sessenta e sete participantes (54%) continuavam fumando. Destes trinta e oito (41,3%) haviam participado do programa e vinte e nove (90,6%) não haviam participado com $p < 0,001$.

Tabela 18 - Índice de sucesso e insucesso em 6 meses de seguimento segundo participação e não participação no programa de Apoio ao Tabagista, da etapa prospectiva. São Paulo, 2005.

	Participou do programa de apoio		Não participou do programa de apoio		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sucesso em 6 meses	46	50	3	9,4	49	39,5
Insucesso em 6 meses	46	50	29	90,6	75	60,5
Total	92	100	32	100	124	100

$P < 0,001$

Em seis meses de seguimento quarenta e nove participantes (39,5%) encontravam-se abstinentes. Destes quarenta e seis participantes (50%) haviam participado do programa e três participantes (9,4%) não haviam participado, *com* $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em seis meses de seguimento, setenta e cinco participantes (60,5%) continuavam fumando.

Destes quarenta e seis (50 %) haviam participado do programa e vinte e nove (90,6 %) não haviam participado com $p < 0,001$.

7 DISCUSSÃO

Este estudo justificou-se pela expressiva prevalência do tabagismo no Brasil, assim como pelo elevado percentual de fumantes que desejam abandonar o tabagismo e não conseguem fazê-lo ou não conseguem permanecer na fase de abstinência por muito tempo.

Considerando a dimensão do tabagismo no Brasil e no mundo fez-se necessária à elaboração de um instrumento de avaliação precoce dos indivíduos fumantes. A identificação do diagnóstico de nicotina-dependência deveria ser uma rotina na abordagem inicial do fumante, possibilitando assim a definição do tratamento mais adequado.

Estudos já foram desenvolvidos utilizando os fatores preditivos de sucesso que avaliaram a utilização do tabaco pelos pais, colegas e influências da mídia, consumo de cigarros por dia (PRANTE 1996; SANT'ANNA et al. 2004). Há, ainda, pesquisas que validaram um instrumento para detecção do uso do álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas com o Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) de HENRIQUE et al. 2004.

SHIFFMAN e SAVETTE (2005) avaliaram o Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS) que é um novo modelo de mensuração da dependência de nicotina. HOOTEN et al. (2005) avaliaram o modelo de personalidade, concluindo que os indivíduos com *score* alto para neuroticismo e baixo para conscientização e concordância, teriam o pior

prognóstico para abandonar o tabagismo. ONG et al. (2005), concluíram alguns fatores preditivos de sucesso para o abandono do tabagismo, como a utilização do método de parada abrupta, o resultado no teste de Fagerstrom ≤ 5 , a motivação do indivíduo em parar de fumar, a presença de doenças cardíacas e respiratórias, além da primeira hospitalização. CLARK et al. 2005 entre outros utilizaram o teste de Fagerstrom, porém os resultados obtidos ainda não superam os índices de abstinência já alcançados anteriormente.

A primeira etapa do presente estudo teve como objetivo identificar os subgrupos de fumantes de acordo com a probabilidade de insucesso mediante os dados obtidos em estudo prévio, com o desenvolvimento de um *score*. Conseguimos identificar desde o início do programa que o subgrupo de fumantes classificados com *Score* ≤ 49 , teria alta probabilidade de insucesso, enquanto o subgrupo classificados com *Score* > 49 teria as mais baixas probabilidades de insucesso.

Assim nesta Etapa I, conseguimos a partir do banco de dados do estudo prévio identificar e validar os dois subgrupos de fumantes por risco de insucesso.

A segunda etapa do presente estudo teve como objetivo validar essa classificação por grupos de riscos de insucesso, representadas por um *score*, aplicada na mesma Instituição, no mesmo perfil de participantes, porém em uma amostra diferente da anterior. Adotou-se o método de orientação comportamental associada à terapia de reposição de nicotina.

A terceira etapa do presente estudo teve como objetivo validar essa classificação por grupos de riscos de insucesso, representadas pelo *score*, mas aplicada em outra Instituição e sem a terapêutica de reposição de nicotina.

Analisando o perfil das amostras estudadas nas diferentes etapas desse estudo pode-se perceber que o perfil foi semelhante nas variáveis: Teste de Fagerström, sintoma de chiado, consumo de cigarros por dia, sexo, naturalidade, estado civil, escolaridade, ocupação, cor, história pessoal de depressão, história pessoal de uso de drogas, história pessoal de etilismo e história familiar de depressão. Foi diferente nas variáveis: idade, opinião do cônjuge, tempo de fumo, sintoma de Doença obstrutiva crônica (DPOC), presença de fatores de riscos cardiovasculares, presença de neoplasia, categoria, método utilizado no programa e tentativas anteriores.

As variáveis que se apresentaram com diferenças serão discutidas a seguir:

Na etapa II, em relação à idade, cento e seis participantes tinham entre 18 a 45 anos (44,7%); entre 46 a 55 setenta e nove (33,3%); com mais de 56 anos, cinquenta e dois (21,9%). Esta variou de 21 a 75 anos, com mediana de 47 anos e média de 46,7 anos.

Na etapa III, apenas vinte e três participantes tinham entre 18 e 45 anos (18,5), quarenta e oito participantes (38,7%) tinham entre 46 e 55 anos e cinquenta e três (42,7%) tinham mais de 56 anos. A idade variou de 36 a 75 anos, com mediana de 53 anos e média de 53,9 anos..

Outro fator analisado foi à aprovação do cônjuge ou da pessoa mais importante para o tabagista. Na etapa II, o cônjuge era contra o consumo do tabaco em cento e trinta e oito participantes (58,2%) e em noventa e cinco (40,1%) apoiava o consumo do tabaco e às vezes até estimulava este hábito. Em quatro casos (1,7%), não conseguimos obter esses dados.

Na etapa III, cem participantes (80,6%) alegaram que o cônjuge era contra o consumo do tabaco, mostrando que na maioria dos casos os participantes possuíam o apoio e estímulo para parar de consumir o tabaco, mas em vinte e quatro casos (19,4%) este apoiava o consumo do tabaco e às vezes até estimulava este hábito. A maior presença da opinião contrária ao tabagismo na população da etapa III, pode ser atribuído ao fato dos participantes já possuírem uma patologia crônica associada ao tabagismo, com repercussões em sua saúde o que provavelmente conscientizava mais os amigos e familiares sobre os malefícios do cigarro.

Alguns fatores inerentes ao indivíduo podem contribuir para o início do consumo de cigarros e principalmente para a sua manutenção, como os aspectos relacionados ao uso do tabaco na adolescência, a utilização do tabaco pelos pais, pessoas importantes, pelos colegas mais velhos e a influência da mídia, considerado fatores preditivos de consumo (MARQUES et al. 2001; KIRTCHENCHTEJN e CHATKIN 2004).

Sabe-se que a motivação individual para deixar o vício é um dos fatores mais importantes na cessação do tabagismo. Assim é importante reforçar a motivação dos fumantes e para isso devemos orientar os

familiares, amigos e colegas de trabalho para o encorajamento do indivíduo dependente (DÓREA e BOTELHO 2004).

Em relação ao tempo de fumo na etapa II, o mínimo de tempo que os participantes apresentaram foi de três anos e o máximo encontrado foi de quarenta anos de consumo de tabaco. A média de tempo foi de 30 anos. Cento e trinta e dois (55,7%) fumavam até 29 anos e cento e cinco (44,3%) há mais de 29 anos.

Em relação ao tempo de fumo, na etapa III, o mínimo foi de dez anos e o máximo encontrado sessenta e quatro. A média de consumo de cigarro foi de 38 anos. Da amostra estudada, vinte e três indivíduos (18,5%) fumavam até 29 anos e cento e um indivíduos (81,5%) fumavam há mais de 29 anos.

GOTAY (2005) em seu estudo concluiu que fumar era mais prevalente em pessoas jovens, e que 90% dos adultos fumantes iniciaram o consumo do tabaco quando crianças ou adolescentes.

TAVARES et al. (2001) em seu estudo avaliou que a prevalência de experimentação de drogas em adolescentes escolares era alta, sendo o mais consumido o álcool (86,8%), seguido do tabaco (41%). Percebe-se, portanto, a importância da detecção precoce dos grupos de risco, e o desenvolvimento de políticas de prevenção dessas substâncias. As crianças geralmente começam a fumar em resposta a influências sociais de amigos, pais e familiares fumantes e pela repetida exposição a mensagens para fumar da mídia. Pais fumantes não só geram modelo de comportamento, mas com frequência deixam o cigarro disponível no lar. Mais de 80% dos

fumantes, na maioria dos países iniciam-se antes dos 18 anos. As crianças imitam o comportamento dos seus pais, amigos e de seus ídolos (SANT'ANNA et al. 2004). Essa afirmação também foi feita por PRANTE (1996).

É reconhecido que entre aqueles que se tornam fumantes regulares, cerca de 50% relatam que começaram a fumar regularmente aos 18 anos, cerca de 90% afirmam que começaram a fumar aos 21 anos (FIORI 1992).

Em relação ao hábito de fumar, os pais tem forte influencia sobre os filhos, sendo que nos E.U.A. existem duas vezes mais fumantes entre crianças e adolescentes quando os pais são fumantes (MORAES 2001).

Sobre a sintomatologia apresentada pelos participantes, no momento da triagem, na etapa II, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) estava presente em cento e dezesseis (49,0%) e ausente em cento e oito participantes (45,5%). Em treze indivíduos (5,5%) não obtivemos respostas.

Na etapa III, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) estava presente em noventa e nove participantes (74,8 %) e ausente em vinte e cinco participantes (20,2%).

A Doença pulmonar obstrutiva crônica é a condição que se caracteriza por limitação ao fluxo aéreo, não totalmente, reversível, usualmente, progressivo e associado com a resposta inflamatória do pulmão a partículas ou gases nocivos. A prevalência, morbidade e mortalidade são variáveis em diferentes países; geralmente estão associados à prevalência do tabagismo e a doença resulta em sobrecarga econômica e social que

esta aumentando continuamente. O tabagismo é o fator de risco mais importante para o DPOC (TORRES e GODOY 2004).

Na etapa II, em relação à presença de patologias oncológicas, cento e oitenta participantes (75,9%) não possuíam esse tipo de patologia. Apesar do curso ser realizado no hospital do câncer, apenas cinquenta e sete participantes (24,1%) possuíam câncer, demonstrando que a grande procura pelo programa foi externa, sendo esses, principalmente de pulmão, mama e próstata. Sobre a presença dessa patologia na etapa III, cento e vinte e dois participantes (98,4%) não possuíam esse tipo de patologia. Apenas dois (1,6%) relataram à presença de câncer de próstata e útero.

A cessação do tabagismo tem impacto favorável na eficácia do tratamento do câncer, no menor índice de complicações e desenvolvimento de doenças futuras, assim como na mortalidade relacionada ou não ao câncer (MARQUES et al. 2001).

Atualmente no mundo, os fumantes consomem em torno de 6 trilhões de cigarros por ano, ocasionando muitos prejuízos entre eles a morte de 4 milhões de pessoas a cada ano. A abordagem do fumante deve ser realizada de forma preventiva e curativa. A preventiva deve envolver os programas educacionais e coletivos e a abordagem curativa deve trabalhar com os programas de apoio aos que desejam parar de fumar, com a formação de grupos (Ministério da Saúde 2003).

Em relação aos fatores de riscos relacionados ao paciente cardiovascular, não foi realizada a avaliação na etapa II. Na etapa III, cerca de oitenta e sete participantes (70,2 %) possuíam hipertensão arterial, um

(0,8%) era diabético, dez (8,1%) possuíam dislipidemia, treze (10,5%) obesidade, dois (1,6%) todos os fatores associados e onze (8,8%) eram portadores de outras patologias, como arritmias e doença de chagas. Sobre a presença de doenças cardíacas sabe-se que o tabagismo isoladamente dobra a chance de doenças cardíacas e quando é associado à hipertensão arterial, multiplica esse risco por quatro (TORRES et al. 2001).

RODRIGUES-PERON et al. (2004) realizou um estudo com 89 indivíduos, demonstrando que o controle da hipertensão foi possível nos fumantes que consumiam de 1 a 9 cigarros por dia. Nos fumantes que consumiam de 10 a 15 cigarros por dia era possível em 2,7 por 100% e nos fumantes pesados que consumiam mais de 15 cigarros por dia percebeu-se um alto descontrole da pressão arterial. Concluiu em seu estudo, que ocorreu um aumento da pressão arterial após a inalação do cigarro. YUSUF et al. (2004) em seu estudo demonstraram que o risco associado ao tabagismo inicia-se com o consumo do primeiro cigarro. Fumar de um a cinco cigarros por dia aumenta o risco de infarto do miocárdio em 40% em comparação aos não fumantes. Fumar 20 cigarros associa-se ao aumento de até quatro vezes e fumar mais de dois maços de cigarro por dia associa-se a um risco de até nove vezes.

Em relação ao tipo de convênio de saúde utilizado pelos participantes, na etapa II, oitenta e sete (36,7%) possuíam alguns planos de saúde, dez (4,2%) estavam inscritos como categoria particular e cento e trinta e dois (55,7%) pertenciam à categoria SUS.

Em relação ao tipo de convênio de saúde utilizado pelos participantes, na etapa III, cento e vinte quatro (100%) pertenciam à categoria Sistema Único de Saúde, apesar da instituição realizar atendimento de outros convênios.

Sobre a metodologia utilizada nos programas, na etapa II os participantes freqüentaram o programa de apoio ao tabagista, do Centro de Tratamento e Pesquisa, Hospital do Câncer – SP, Instituição de referência em oncologia do estado de São Paulo, utilizando a terapia de reposição de nicotina através do adesivo de nicotina, associado à abordagem cognitiva comportamental.

Na etapa III os participantes freqüentaram o programa de apoio ao tabagista, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Instituição de referência em oncologia do estado de São Paulo, utilizando uma proposta de trabalho multidisciplinar através da abordagem cognitiva comportamental. Pude notar que durante as sessões e principalmente nos contatos telefônicos muitos pacientes que estavam em abstinência solicitaram a possibilidade da introdução medicamentosa devido presença de sinais e sintomas da síndrome de abstinência como agitação, ansiedade, estresse, cansaço e medo de voltar a consumir os produtos derivados do tabaco. Talvez com a indicação precisa de TRN ou de antidepressivo para alguns participantes, os índices de sucesso poderiam ser maiores. Em um caso, a paciente abandonou o nosso programa iniciando em outro que fez uso do adesivo de nicotina retornando ao programa após 6 meses de seguimento relatando o seu sucesso.

É reconhecido o poder de persuasão dos profissionais de saúde como sendo uma das intervenções mais efetivas para o abandono do tabagismo (MORAES 2001), tornando-se evidente a importância das Instituições de saúde, principalmente as que trabalham com doenças crônicas a desenvolverem programas de ações para o abandono do tabagismo.

Existem vários modelos de tratamentos propostos, e a escolha do mais adequado ao paciente depende de uma boa avaliação inicial, pelo quais fatores extrínsecos (modelo dispensado, condições sócio econômicas) e intrínsecos (motivação e diagnóstico) devem ser levados em consideração (MARQUES et al. 2001).

MEIRELLES e GONÇALVES (2004) relataram que a abordagem cognitivo-comportamental detecta situações de risco que levam o indivíduo a fumar. Tem o objetivo de desenvolver estratégias de enfrentamento dessas situações. O fumante através dessa abordagem aprende a resistir à intensa vontade de fumar. Independente da duração da abordagem há um aumento na taxa de abstinência.

Geralmente, quando a abordagem cognitiva-comportamental for insuficiente e principalmente nos casos de elevado grau de dependência, os fármacos devem ser aplicados. Destacam-se as terapias de reposição de nicotina (goma e adesivo) e os não nicotínicos (antidepressivos). Essa associação tem se mostrado a intervenção mais efetiva. A utilização de materiais didáticos de auto-ajuda, aconselhamento por telefone e estratégias motivacionais ajudam a melhorar a efetividade do tratamento (MARQUES 2001; HUGHES 1996).

Foi acreditando na terapia cognitiva é que fizemos com que os participantes começassem a trocar experiências em relação às situações vivenciadas para a busca do abandono do tabagismo. Entregamos os materiais didáticos e fizemos várias estratégias de motivação, com exercícios físicos e seguimento mais intenso com apoio e seguimento telefônico entre as sessões. Participei praticamente de quase todas as sessões e percebi que os pacientes e os profissionais envolvidos passaram a participar mais do programa. Em relação ao *score* obtido no início do programa, os pacientes não foram identificados para não correr o risco de influenciar no resultado. Todos os indivíduos foram colocados no banco de dados, e apenas no final foram avaliados.

GOURLAY em 1994 relatou que a participação em programa para a cessação do tabagismo utilizando a terapia de reposição de nicotina e a orientação cognitiva – comportamental aumentou as taxas de sucesso em curto e em longo prazo, chegando a atingir o dobro das taxas de sucesso em longo prazo.

Em relação aos aspectos econômicos o consumo do tabaco gera um gasto de aproximadamente 200 bilhões de dólares por ano, resultados das mortes prematuras, tratamento das doenças causadas pelo consumo do tabaco, absenteísmo ao trabalho gerando queda na produtividade, maior índice de aposentadoria precoce, adoecimento entre outros (MORAES 2001).

A abordagem cognitivo-comportamental associada à farmacológica tem sido comprovada como eficaz em vários estudos no tratamento do

tabagismo e de preferência devem ser realizados concomitantemente (HUGHES et al. 2002). O tratamento deve ser multidisciplinar e individualizado, segundo as necessidades de cada paciente (FERREIRA 2002).

As abordagens devem ser continuadas, visando ao seguimento dos pacientes, pois parar de fumar constitui um processo de aprendizado em que o paciente deve criar um novo estilo de vida, sem o consumo do tabaco. Deve ser feita em grupo, de forma que os pacientes possam compartilhar questões relacionadas ao tabagismo. As estratégias envolvem o imaginar e o “conversar consigo mesmo” sobre as conseqüências negativas de continuar fumando e sobre as conseqüências positivas de parar de fumar. Estratégias comportamentais envolvem técnicas de relaxamento, atividade física, ingestão de alimentos de baixo teor calórico, o desenvolvimento de habilidades sociais, restrições aos horários e locais para fumar (SHIFFMAN et al. 1993).

LERMAN et al. (2005) descreveram em seu estudo que apesar de existir um forte controle para os tabagistas nas duas primeiras décadas, nos E.U.A, 23,3% dos indivíduos continuam fumando. Refere também que os tratamentos mais promissores são a terapia de reposição de nicotina e o bupropion, esse com taxas de sucesso em torno de 44% em curto prazo.

SCHWARTZ (1991) argumenta que a abordagem farmacológica tem importância no alívio dos sinais e sintomas da síndrome de abstinência, mas que o tratamento eficaz do fumante necessita de intervenção comportamental, além de qualquer agente farmacológico utilizado.

A reposição de nicotina associada à orientação comportamental e interrupção abrupta apresenta taxas de sucesso que variam de 5 a 35% quando comparadas com o placebo (PRANTE 1996; PIGNATTI 1999).

Elementos comuns para os diversos tratamentos incluem suporte social, informações didáticas sobre a dependência da nicotina, sintomas de abstinência e situações que causam riscos para as recaídas (álcool, modelos negativos, presença de outros fumantes) e o uso de terapia cognitiva. O uso de farmacoterápicos tem sido utilizado nos grupos antitabagistas (BRANDON 2001).

Apesar de existirem inúmeras literaturas abordando diferentes estratégias terapêuticas que vão desde as terapias comportamentais, complementares até medicamentosas buscando a cessação do tabagismo, as taxas de sucesso permanecem ainda em torno de 50%, demonstrando a necessidade de novos estudos sobre esse tema.

Para obter sucesso na abordagem do fumante é preciso reconhecer que deixar de fumar é um processo que leva tempo, por necessitar de mudança de comportamento, e que geralmente a média de tentativas é de mais de três vezes antes de parar completamente (MEIRELLES e GONÇALVES 2004).

TORRECILLA et al. em 2001 referiu que o consumo e a dificuldade no abandono do tabaco estava na maioria das vezes, relacionado a uma dependência física (da nicotina) que se manifesta com uma série de sintomas clínicos que compõe a síndrome da abstinência da nicotina, originada por falta de aporte da nicotina no cérebro. Existe também uma

dependência psicológica que está relacionada ao consumo do tabaco, associada a situações da vida cotidiana do tabagista (TORRECILLA et al. 2001).

Em relação ao grau de dependência, este é considerado muito baixo quando a somatória de pontos for de 0 - 2, baixo de 3 - 4, médio 5 pontos, elevado de 6 - 7 e muito elevado de 8 - 10 pontos. Uma soma acima de 6 pontos o paciente provavelmente desenvolverá a síndrome de abstinência (HALTY et al. 2002; RICHARDSON et al. 2005).

GOTAY em 2005 constatou que mais de 75 bilhões são gastos com a saúde e que 81 bilhões são perdidos com a menor produtividade, devido afastamento por saúde são resultados das mortes prematuras atribuídas ao cigarro por ano.

HALTY et al. (2002), mostrou em seu estudo que o Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) deve ser utilizado de maneira rotineira na anamnese de todos tabagistas. Deve também ser associado à avaliação de PROCHASKA e DI CLEMENTE (1983) que avaliaram aspectos emocionais do hábito do cigarro. Esse estudo mostrou que os fumantes com score no teste maior que seis fez prever as ocorrências da síndrome de abstinência e as recaídas.

A dependência da nicotina faz com que os fumantes sofram exposição a inúmeras substâncias tóxicas, responsáveis por várias doenças, sendo, portanto importante para a saúde, que os fumantes sejam orientados a abandonarem o consumo do tabaco e quando apresentarem dificuldade

que estes sejam encaminhados aos grupos de apoio tabagista, aos especialistas ou a terapias individuais.

Na etapa II, ao considerarmos as tentativas anteriores de abandono trinta e seis participantes (15,2%) já haviam realizado tentativas anteriores na cessação do fumar. Duzentos e um (84,8%) mencionaram que nunca haviam tentado parar de fumar anteriormente. Dos indivíduos que tentaram, o mínimo de tentativas foi de uma vez e o máximo foi de sete.

Na etapa III, sessenta e oito participantes (54,8%) já haviam realizado tentativas anteriores na cessação do fumar. Quarenta e três (45,2%) mencionaram que nunca haviam tentado parar de fumar anteriormente. Dos indivíduos que tentaram, o mínimo de tentativas foi de uma vez e o máximo foi de treze.

As variáveis analisadas para o desenvolvimento da classificação por grupos de riscos de insucesso foram o Teste de Fagerström, participação no Programa de Apoio ao Tabagista, opinião do cônjuge ou da pessoa mais importante para o tabagista, presença de chiado e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Após a aplicação do *score*, nossos resultados foram os seguintes na etapa I:

Em três meses de seguimento, cento e oito participantes (49,8%) encontravam-se abstinentes. Destes noventa e quatro (70,7%) apresentavam *score* > 49 e apenas quatorze (16,7%) apresentavam *score* ≤ 49, com $p= 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em três meses de seguimento, cento e nove participantes (50,2%) continuavam fumando.

Destes trinta e nove (29,3%) apresentavam *score* > 49 e setenta (83,3%) apresentavam *score* ≤ 49, com $p < 0,001$.

Em seis meses de seguimento, sessenta e seis (29,8%) encontravam-se abstinentes. Destes cinquenta e nove participantes (42,8%) apresentavam *score* > 49 e apenas sete participantes (8,3%) apresentavam *score* ≤ 49, com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em seis meses de seguimento, cento e cinquenta e seis participantes (70,2%) continuavam fumando. Destes setenta e nove (57,2%) apresentavam *score* > 49 e setenta e sete (91,7%) apresentavam *score* ≤ 49 com $p < 0,001$.

Em nove meses de seguimento, sessenta e quatro participantes (29,0%) encontravam-se abstinentes. Destes cinquenta e sete (41,6%) apresentavam *score* > 49 e apenas sete (8,3%) apresentavam *score* ≤ 49 com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em nove meses de seguimento, cento e cinquenta e sete participantes (71,0%) continuavam fumando. Destes oitenta (58,4%) apresentavam *score* > 49 e setenta e sete (91,7%) apresentavam *score* ≤ 49 com $p < 0,001$.

Em doze meses de seguimento, cinquenta e oito participantes (26,2%) encontravam-se abstinentes. Destes cinquenta e três participantes (38,7%) apresentavam *score* > 49 e apenas cinco participantes (6%) apresentavam *score* ≤ 49 com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em doze meses de seguimento, cento e sessenta e três participantes (73,8%) continuavam

fumando. Destes oitenta e quatro (61,3%) apresentavam *score* > 49 e setenta e nove (94 %) apresentavam *score* ≤ 49 com $p < 0,001$.

Na etapa II, nossos resultados demonstraram que:

Em seis meses de seguimento oitenta e quatro participantes (47,5%) encontravam-se abstinentes. Destes sessenta e nove participantes (58,5 %) haviam participado do programa e quinze participantes (25,4%) não haviam participado, com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em seis meses de seguimento, noventa e três participantes (52,5%) continuavam fumando. Destes quarenta e nove (41,5%) haviam participado do programa e quarenta e quatro (74,6 %) não haviam participado com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em doze meses de seguimento, cento e sessenta e três participantes (73,8%) continuavam fumando. Destes oitenta e quatro (61,3%) apresentavam *score* > 49 e setenta e nove (94 %) apresentavam *score* ≤ 49 com $p < 0,001$.

Em doze meses de seguimento, setenta e seis participantes encontravam-se abstinentes. Destes sessenta e dois (71,3%) apresentavam *Score* > 49 e quatorze (15,6 %) apresentavam *Score* ≤ 49, com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência, cento e um participantes (57,1%) continuavam fumando. Destes vinte e cinco (28,7%) apresentavam *Score* > 49 e setenta e seis (84,4 %) apresentavam *Score* ≤ 49 com $p < 0,001$.

Na etapa III, nossos resultados demonstraram que:

Em relação à abstinência do cigarro, foram avaliados cento e vinte e quatro participantes, sendo incluídos também aqueles que não conseguiram participar do programa.

Em trinta dias de seguimento sessenta e um participantes (49,2%) encontravam-se abstinentes. Destes cinquenta e seis participantes (65,1%) apresentavam *score* > 49 e cinco participantes (13,2%) apresentavam *score* ≤ 49 com $p < 0,001$

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em trinta dias de seguimento, sessenta e três participantes (50,8%) continuavam fumando. Destes, trinta (34,9%) apresentavam *Score* > 49 e trinta e três (86,8%) apresentavam *Score* ≤ 49, com $p < 0,001$. Nosso resultado demonstrou que esse fator foi significativo para o sucesso e insucesso do programa, em trinta dias de seguimento com $p < 0,000$.

Em três meses de seguimento, cinquenta e sete participantes (46%) encontravam-se abstinentes. Destes cinquenta e cinco participantes (64%) apresentavam *Score* > 49 e apenas dois (5,3%) apresentavam *Score* ≤ 49, com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em três meses, sessenta e sete participantes (54 %) continuavam fumando. Destes trinta e um (36%) apresentavam *Score* > 49 e trinta e seis (94,7 %) apresentavam *Score* ≤ 49, com $p < 0,001$.

Em seis meses de seguimento, quarenta e nove participantes (39,5%) encontravam-se abstinentes. Destes quarenta e seis participantes (53,5%)

apresentavam score > 49 e apenas três (7,9 %) apresentavam score ≤ 49, com $p < 0,001$.

Em relação aos que não conseguiram a abstinência em seis meses de seguimento, setenta e cinco participantes (60,5%) continuavam fumando. Destes quarenta (46,5%) apresentavam score > 49 e trinta e cinco (92,1%) apresentavam score ≤ 49, com $p < 0,001$.

Enfim, nosso principal achado foi que a classificação por grupo de riscos através do score desenvolvido a partir da análise dos 342 indivíduos que participaram do programa de apoio ao Tabagista do Hospital do Câncer com seguimento retrospectivo foi aplicada em 237 participantes avaliados de forma retrospectiva na mesma Instituição, conforme foi demonstrado na etapa II e aplicada em 124 participantes do programa de apoio ao tabagista do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia em seguimento prospectivo, conforme foi demonstrado na etapa III.

As taxas de sucesso entre o grupo retrospectivo (47,5 % em 6 meses) utilizando a terapia comportamental e reposição de nicotina e o grupo prospectivo (39,5% em 6 meses), utilizando somente a terapia comportamental foram próximas, muito mais pela dinâmica de acompanhamento.

A própria caracterização da população com afecção cardiovascular pode ter favorecido a adesão ao programa contribuindo para o sucesso do grupo prospectivo mesmo sem complementação medicamentosa.

O seguimento do paciente do grupo prospectivo no controle das afecções cardiovasculares no ambulatório foi mais intenso pois, o mesmo

comparecia para diferentes consultas, controles de exames o que propiciava maior compreensão dos prejuízos do tabagismo. As intervenções educativas no sentido de abandonar o cigarro como fator predisponente à doença cardiovascular também são uma realidade na educação preventiva à comunidade.

A caracterização sócio-econômica e grau de escolaridade pior e idade mais avançada aliada ao tempo de fumo superior a 29 anos, podem ter colaborado para conseqüências mais graves à saúde do paciente do grupo prospectivo em relação ao retrospectivo.

As recaídas que causaram internações propiciaram a troca de experiência durante o programa, enriquecendo a condução das discussões no grupo do prospectivo. O impacto das conseqüências do fumo neste grupo eram vivenciadas continuamente pelo grupo, trazendo os participantes para uma realidade mais dura e concreta, mas que possibilitaram fortalecimento do grupo e individualmente no propósito de cessação do fumo.

Este índice de sucesso obtido no grupo prospectivo poderia ter sido melhor, possivelmente, se tivesse sido associado a uma terapia medicamentosa.

O estudo mostrou ainda nas diferentes etapas, a relevância da classificação por grupos de risco, podendo o *score* ser aplicado desde o início dos programas, identificando o subgrupo de fumantes com maior probabilidade de insucesso no abandono do tabagismo, o que possibilitaria uma intervenção precoce no combate ao tabagismo.

CONCLUSÃO

Pudemos com esse estudo concluir que:

- A classificação por grupo de risco desenvolvido a partir da análise dos 342 indivíduos que participaram do programa de apoio ao Tabagista do Hospital do Câncer com seguimento retrospectivo mostrou-se significativa com $p < 0,001$ para classificar os subgrupos de fumantes com alta e baixa probabilidade de sucesso para o abandono do tabagista;
- A classificação por grupo de risco de insucesso foi aplicada em duzentos e trinta e sete participantes mostrando que foi possível validar em nova amostra retrospectiva na mesma Instituição;
- A classificação por grupo de risco de insucesso foi aplicada em cento e vinte e quatro participantes de outra instituição, com outra população estudada, em um outro programa de apoio ao tabagista em seguimento prospectivo, onde mostrou novamente relevância na sua aplicação $p < 0,001$;

- Os resultados desse estudo indicam que a classificação por grupos de riscos parece ser um instrumento importante a ser utilizado na triagem do tabagista, para a avaliação dos indivíduos que desejam parar de fumar podendo ser aplicada desde o início dos programas;
- Essa classificação deverá ser testada em outras populações diferentes e se comprovado novamente a sua confiabilidade, poderá se tornar útil na detecção precoce junto ao tabagista.
- Portanto, os indivíduos que possuem os seguintes fatores: cônjuge contra ao tabagismo, resultado no teste de Fagerström até oito, presença de chiado e DPOC, participação no grupo de apoio poderão ser beneficiados como o subgrupo de fumantes com maior probabilidade de sucesso desde a admissão nos programas de cessação do tabagismo. Esse será o subgrupo classificado de baixa probabilidade de insucesso, com *score* >49.

- Os indivíduos que possuírem os seguintes fatores: cônjuge a favor do tabagismo, resultado do teste de Fagerström maior que nove, ausência de sintomatologia de chiado e DPOC, não conseguirem participar de um grupo de apoio. Esse subgrupo de fumantes poderá ter menor probabilidade de ser beneficiado nos programas atuais de apoio aos tabagistas, e, portanto poderá necessitar de novas estratégias para a cessação. Esse será o subgrupo classificado de alta probabilidade de insucesso, *score* ≤ 49 .
- Acreditamos que o uso dessa classificação poderá ajudar os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, na identificação dos indivíduos com risco de insucesso desde a admissão nos programas, possibilitando a aplicação de uma abordagem adequada a cada participante.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antoñanzas F, Portillo F. Evaluación económica del empleo de terapias farmacológicas para la cesación en el hábito tabáquico. **Gac Sanit** 2003; 17:393-403.

Antunano FJL. Sugestion de la sociedad Mexicana de Salud Publica sobre el control de la adiccion a la nicotina. **Salud Public** 2001; 43:74-8.

Araújo AJ, Menezes AMB, Dorea AJPS. Diretrizes para cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol** 2004; 30(supl 2):12-23.

Ayoub AC. **Fatores preditivos de sucesso do grupo de apoio ao tabagista: uma análise retrospectiva de 342 pacientes consecutivos.** São Paulo; 2001. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Barrueco M, Torrecilla M, Angel M J, Jimerrez R C, Angel HMM, Dolores PMV. Valor predictivo de la abstinencia tabaquica a los dos meses de tratamiento. **Med Clin** 2001; 116:246-50.

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

Berrettini WH, Lerman CE. Pharmacotherapy and pharmacogenetics of nicotine dependence. **Am J Psychiatry** 2005; 162:1441-51.

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

Blum A. Cancer prevention: preventing tobacco: related cancers. In: De Vita Jr VT, Hellman S, Rosemberg SA, editors. **Cancer: principles e practice of oncology**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p.545-57.

Boeira SL; Guivant JS. Indústria de tabaco, tabagismo e meio ambiente: as redes ante os riscos. **Cadernos Ciência Tecnologia** 2003; 20:45-78.

Bolzán A. Prevalencia de tabaquismos y factores asociados en el inicio del consumo de escolares adolescentes. **Med Infant** 2001; 8:230-5.

Brandon TH. Behavioral tobacco. Cessation treatments: yesterday's news or tomorrow's headlines?. **J Clin Oncol** 2001; 19:64s-8.

Buckley TC, Mozley SL, Holohan DR, et al. A psychometric evaluation of the Fagerstrom test for nicotine dependence in PTSD smokers. **Addict Behav** 2005; 30:1029-33.

Campo A. Dependencia de nicotina: aproximacion a su manejo farmacologico. **Rev Colomb Psiquiatr** 2002; 31:67-72.

Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fargeström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância a nicotina em fumantes brasileiros. **Rev Bras Med** 2002; 59:73-80.

Cendon S, Bueno MAS, Romaldini H. Tabagismo: táticas para o abandono. **Rev Bras Med** 2001; 58:141-2.

Clark DB, Wood DS, Martin CS, Cornelius JR, Lynch KJ, Shiffman S. Multidimensional assessment of nicotine dependence in adolescents. **Drug Alcohol Depend** 2005; 77:235-42.

Costa CC, Younes RN, Lourenço MTC. Stopping smoking: a prospective, randomized, double-blind study comparing Nortriptyline to placebo. **Chest** 2002; 122:403-08.

Croghan IT, Schroeder DR, Hays JT, et al. Nicotine dependence treatment: perceived health status improvement wit 1 year continuous smoking abstinence. **Eur J Public Health** 2005; 15:251-5.

Dalsgareth OJ, Hansen NC, Soes-Peterson U, et al. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, 6-month trial of bupropion hydrochloride sustained-release tablets as an aid to smoking cessation in hospital employs. **Nicotine Tab Res** 2004:55-61.

Deheinzelin D, Lourenço MTC, Costa CL, Younes RN. The level of nicotine dependence is independent risk factors for cancer: a case control study. **Clinics** 2005; 60:221-6.

Diefenbacher LJ, Smith PO, Nashelsks J. What is the most effective nicotine replacement therapy? **J Far Pract** 2003; 52:492-4.

Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. **J Natl Cancer Inst** 1981; 66:1191-308.

Dórea AJP, Botelho C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol** 2004; 30(supl 2):s41-6.

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

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

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

Fiori MC. Tendência do tabagismo. **Clin Med Am Norte** 1992; 30:55-66.

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

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

Glover ED, Glover PN. Pharmacologic treatments for nicotine dependence smoker. **Am J Health Behav** 2001; 25:179-82.

Gotay CC. Behavior and cancer prevention. **J Clin Oncol** 2005; 23:301-10.

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

Graul AI, Prous JR. Executive summary: nicotine addiction. **Drugs Today (Barc)** 2005; 41:419-25.

Haggstram FM, Chatkin JM, Cavalet-Blanco D, Rodin V, Fritscher CC. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **J Pneumol** 2001; 27:255-61.

Halty LS, Huttner MD, Oliveira Netto ICO, et al. Análise da utilização do questionário de tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida de dependência nicotínica **J Pneumol** 2002; 28:180-6.

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

Hennigfield JE, Fant RV, Buchhalter AR, Stitzer ML. Pharmacotherapy for nicotine dependence. **CA Cancer J Clin** 2005; 55:281-99.

Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Rev Assoc Med Bras** 2004; 50:199-206.

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.

Hooten WM, Ames SC, Vickers KS, Wolter TD, Hurt RD, Offord KP. Personality correlates related to tobacco abstinence following treatment. **Int J Psychiatry Med** 2005; 35:59-74.

Huang CL. Evaluation the program of a smoking cessation support group for adult smokers: a longitudinal pilot study. **J Nurs Res** 2005; 13:197-205.

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; 153:1-31.

Hughes JR. Nicotine related disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. **Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry** 7th ed. Philadelphia: Lippincott; 2002. p.1033-8.

Jimenez-Ruiz C, Orive JIG, Costa CL, et al. Success rates for nortriptyline. **Chest** 2003; 124:768-9.

Kirtchenchtejn C, Chatkin JM. Dependência da nicotina. **J Bras Pneumol** 2004; 30(supl 2):s11-8.

Laranjeira R, Gigliotti A. Tratamento da dependência da nicotina. **Psiquiatria na prática médica** 2001; 34:1-10.

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

Leite JCT, Arenales NB, Nitri 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.

Lerman C, Niaura R, Collin BN, et al. Effect of bupropion on depression symptoms in a smoking cessation clinical trial. **Psychol Addict Behav** 2004; 18:362-6.

Lerman C, Patterson F, Berrettini W. Treating tobacco dependence: state of the science and new directions **J Clin Oncol** 2005; 23:311-32.

LI FP. Cancer control in susceptible groups: opportunities and challenges. **J Clin Oncol** 1999; 17:719-25.

Marlatt GA, Gordon JR. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina **Rev Bras Psiquiatr** 2001; 23:200-14.

Meirelles RHS, Gonçalves CMC. Abordagem cognitivo-comportamental do fumante. **J Bras Pneumol** 2004; 30(supl 2):s30-s40.

Menezes AMB, Horta BL, Oliveira ALB, et al. Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. **Rev Saúde Pública** 2002; 36:129-34.

Miller KE. Nortriptyline used as a smoking cessation adjuvant. **Am Family Physician** 2003; 67:187-94

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer**. Rio de Janeiro: INCA; 2001.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Tabaco e Saúde. **Abordagem e tratamento do fumante**. Consenso Rio de Janeiro: INCA; 2003.

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

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.

Moraes MA. **Tabagismo e sua abordagem no currículo dos cursos superiores de enfermagem no Município de São Paulo**. São Paulo; 2001. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP].

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

Ong KC, Cheong GN, Prabhakaran L, Earnest A. Predictors of success in smoking cessation among hospitalized patients. **Respirology** 2005; 10:63-9.

Orleans CT, Slade J. **Nicotine addiction: principles and management**. New York: Oxford University Press; 1993.

Patel JD. Lung cancer in women. **J Clin Oncol** 2005; 23:3212-8.

Pignatti MH. **Programa de cessação do fumar conduzido por enfermeiras - prev fumo**. São Paulo; 1999. [Tese de Mestrado-Escola Paulista de Medicina da UNIFESP].

Pinto MGR, Botelho CB. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. **J Pediatr** 2001; 77:257-64.

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

Prochaska JO, Di Clement C. Stages and process of self- change of smoking: toward and integrative model of chance. **J Consult Psychol** 1983; 51:390-5.

Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. **Health Psychol** 1994; 13:39-46.

Rodrigues-Peron JM, Mora RS, Acosta EC, López-Menéndez JJR. Repercusión negativa del tabaquismo en la evolución clínica de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. **Rev Cuba Med Mil** 2004; 33:33-48.

Rosemberg J. **Tabagismo, sério problema de saúde pública**. São Paulo: Almed 1984.

Sant'Anna CC, Araújo AJ, Ortfaliais CL. Abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. **J Bras Pneumol** 2004; 30(supl 2):s47-54.

Schwartz JL. Methods for smoking cessation. **Clin Chest Med** 1991; 12:737-53.

Seijas B, Satander D, Ferrer FV. Dependência de nicotina seguimiento a un año plazo de pacientes tratados com terapia grupal más reemplazo de nicotina. **Rev Med Chile** 1999; 127:1313-20.

Shiffman S, Read L, Maltese J, Rapkin D, Jarvik M. **Prevenção de recaída em ex-fumantes: uma abordagem de automanejo**. In: Marlatt GA, Gordon JR, editores. **Prevenção de recaída: estratégia de manutenção no tratamento de comportamento adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p.418-63.

Shiffman S, Sayette MA. Validation of the nicotine dependence syndrome scale (NDSS): a criterion- group design contrasting chippers and regular smokers. **Drug Alcohol Depend** 2005; 79:45-52.

Shiffman S, Waters A, Hickcox M. the nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence. **Nicotine Tob Res** 2004; 6:327-48.

Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev** 2004; (3):CD000146.

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.

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

Sutherland G, Stapleton JA, Russel MAH, et al. Randomized controlled trial of nasal nicotine spray in smoking cessation **Lancet** 2002; 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.

Tavares BF, Beria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre estudantes. **Rev Saúde Pública** 2001; 35:150-8.

Tonnensen P. Dose and nicotine dependence as 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.

Torres BS, Cruz RCS, Albuquerque APS, Arraes CL. Tabagismo: é possível controlar? **Rev Bras Med**. 2001; 58:394-7.

Torres BS, Godoy I. Doenças tabaco-relacionadas. **J Bras Pneumol** 2004; 30(supl 2):s19-29.

Torrecilla MG, Ferrero MB, Ruiz CA. Ayudar al fumador: tratar el tabaquismo. **Medifam** 2001; 11:34-60.

Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJ, Wouters EF, Van Schayck CP. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. **Arch Intern Med** 2005; 165:2286-92.

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

Wiley EP, Patterson F, Niaura R, et al. Recurrent event analysis of lapse and recovery in a smoking cessation clinical trial using Bupropion. **Nicotine Tob Res** 2005; 7:257-68.

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; 46:145-8.

Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **Lancet** 2004; 364:937-52.

Anexo I - Termo de Consentimento Pós-Informado

A pesquisadora, Enfermeira Andréa Cotait Ayoub, realizará estudo “Fatores preditivos de sucesso do Grupo de Apoio ao Tabagista” - validação retrospectiva.

A análise dos dados será feita através dos prontuários e entrevistas individuais ou telefônicas com os participantes durante o período de seguimento.

O estudo será apenas o de acompanhar a evolução de cada participante no programa, realizando o contato telefônico em seis e doze meses, após o término do grupo.

O estudo de nenhum modo irá interferir com o sucesso do programa. Não haverá nenhum custo adicional para os participantes do programa, resultante direta ou indiretamente do presente estudo. A participação no estudo é voluntária, tendo o direito de não participar ou desistir a qualquer momento, sendo que a recusa ou desistência de sua participação não terá prejuízo no tratamento.

Caso necessite de maiores esclarecimentos sobre os direitos dos participantes na pesquisa e/ou danos relacionados à pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora no telefone.

Se a pesquisadora não fornecer as informações, esclarecimentos suficientes, favor entrar em contato com o coordenador do Comitê de Ética e pesquisa do Centro de Tratamento e Pesquisa Hospital do Câncer pelo telefone 2189-5000.

Anexo II - Termo de Consentimento Pós-Informado

A pesquisadora, Enfermeira Andréa Cotait Ayoub, realizará estudo “Fatores preditivos de sucesso do Grupo de Apoio ao Tabagista” - validação prospectiva.

A análise dos dados será feita através dos prontuários e entrevistas individuais ou telefônicas com os participantes durante o período de seguimento.

O estudo será apenas o de acompanhar a evolução de cada participante no programa, realizando o contato telefônico em um mês, três e, seis meses, após o término do grupo.

O estudo de nenhum modo irá interferir com o sucesso do programa. Não haverá nenhum custo adicional para os participantes do programa, resultante direta ou indiretamente do presente estudo.

A participação no estudo é voluntária, tendo o direito de não participar ou desistir a qualquer momento, sendo que a recusa ou desistência de sua participação não terá prejuízo no tratamento.

Caso necessite de maiores esclarecimentos sobre os direitos dos participantes na pesquisa e/ou danos relacionados à pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora no telefone.

Se a pesquisadora não fornecer as informações, esclarecimentos suficientes, favor entrar em contato com o coordenador do Comitê de Ética do Instituto Dante Pazzanese pelo telefone 011-5085-4000.

Anexo III - Consentimento Pós-Informado

Eu _____

Após ter sido informado (a) e esclarecido (a) sobre o estudo, autorizo a utilização de todas as informações fornecidas a Enfermeira Andrea Cotait Ayoub, para fins de coleta de dados que serão utilizados exclusivamente no estudo *“Fatores preditivos de sucesso do Grupo de Apoio ao Tabagista” - validação prospectiva.*

Tenho conhecimento do caráter científico do estudo proposto, no qual minha colaboração é estritamente voluntária.

Estou ciente de que não haverá identificação pessoal e as informações fornecidas por mim serão confidenciais.

SP, ___/___/_____.

Assinatura _____

Anexo IV - 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 = _____

Anexo V - Questionário - Anamnese e Exame Físico

Nome: _____				RG: _____	
Data Nasci.: _____		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 Associada:		(1) Medicamentos		(2) Drogadição	
				(3) Outras	
				(4) Etiismo	
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 psicoterapia (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 interrupção: _____ de _____ início _____ após _____				
Tratamento que será instituição: _____				

Anexo VI - Aru Smoking Questionnaire

Nome: _____

Data: _____

Endereço: _____

CEP: _____

Telefone: _____

Residencial: _____

Comercial: _____

Data
Nascimento: _____

de Idade: _____

Sexo: () () Feminino
Masculino

(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	<input type="checkbox"/>	1
	Sim, somente nos intervalos	<input type="checkbox"/>	2
	Não, nunca	<input type="checkbox"/>	3

(6) Qual a sua idade quando você começou a fumar regularmente (em anos) 1 cigarro ou mais por dia?	<input type="text"/> 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.	<input type="text"/>
	O máximo que eu fumei por dia.	<input type="text"/>

(8) Que tipo de cigarros você normalmente fuma?	Com filtro	<input type="checkbox"/>	1
	Sem filtro	<input type="checkbox"/>	2
	Cigarro de palha	<input type="checkbox"/>	3
Se você fuma cigarro de palha, qual a quantidade de fumo que você usa por dia?		<input type="text"/>	

(9) Qual é a marca do seu cigarro?	Marca do cigarro <input type="text"/>
------------------------------------	--

Ele é	Baixo teor de alcatrão	<input type="checkbox"/>	1
	Baixo/médio teor de alcatrão	<input type="checkbox"/>	2
	Médio teor de alcatrão	<input type="checkbox"/>	3
	Alto teor de alcatrão	<input type="checkbox"/>	4
	Não sabe	<input type="checkbox"/>	5
Ele é	King size	<input type="checkbox"/>	1
	Normal	<input type="checkbox"/>	2
	Small size	<input type="checkbox"/>	3

(10) Quando você fuma, você traga	Muito	<input type="checkbox"/>	1
	Quantidade razoável	<input type="checkbox"/>	2
	Muito pouco	<input type="checkbox"/>	3
	Quase nada	<input type="checkbox"/>	4

(11) Você fuma?	Cachimbo	<input type="checkbox"/>	1
	Cigarro	<input type="checkbox"/>	2
Quanto por semana? _____			

(12) O quanto é agradável fumar para você?	Extremamente agradável	<input type="checkbox"/>	1
	Razoavelmente agradável	<input type="checkbox"/>	2
	Pouco agradável	<input type="checkbox"/>	3
	Não é agradável	<input type="checkbox"/>	4

(13) Quanto é desagradável ficar 1 ou 2 horas sem fumar?	Extremamente desagradável	<input type="checkbox"/>	1
	Razoavelmente desagradável	<input type="checkbox"/>	2
	Pouco desagradável	<input type="checkbox"/>	3
	Não é desagradável	<input type="checkbox"/>	4

(14) Você se considera "viciado" no cigarro?	Extremamente	<input type="checkbox"/>	1
	Muito	<input type="checkbox"/>	2
	Pouco	<input type="checkbox"/>	3
	Quase nada	<input type="checkbox"/>	4
	Não sabe	<input type="checkbox"/>	5

(15) Se você parasse de fumar de uma só vez, quanto difícil seria?	Muito fácil	<input type="checkbox"/>	1
	Fácil	<input type="checkbox"/>	2
	Difícil	<input type="checkbox"/>	3
	Muito difícil	<input type="checkbox"/>	4

(16) Quando você se levanta, você fuma antes da sua primeira xícara de café ou chá?	Sim	<input type="checkbox"/>	1
	Não	<input type="checkbox"/>	2

(17) Em situações quando você não pode fumar ou não tem cigarros, você sente	Nunca	<input type="checkbox"/>	1
	Difícilmente	<input type="checkbox"/>	2
	Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	3
	Freqüentemente	<input type="checkbox"/>	4

necessidade?	Sempre	<input type="text"/>	5
--------------	--------	----------------------	---

(18) A pessoa que é mais importante para você fuma?	Sim	<input type="text"/>	1
	Não	<input type="text"/>	2

(19) O ela acha sobre você fumar?	Fortemente contra	<input type="text"/>	1
	Preferia que não	<input type="text"/>	2
	Não se importa	<input type="text"/>	3
	Me estimula para fumar	<input type="text"/>	4

(20) Quantas vezes você tentou parar de fumar com seriedade nos últimos cinco anos?	Nunca	<input type="text"/>	1
	Uma vez	<input type="text"/>	2
	2 – 4 vezes	<input type="text"/>	3
	5 ou mais vezes	<input type="text"/>	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	<input type="text"/>	1
	1 – 6 dias	<input type="text"/>	2
	1 – 4 semanas	<input type="text"/>	3
	1 – 3 meses	<input type="text"/>	4
	4 – 6 meses	<input type="text"/>	5
	7 – 11 meses	<input type="text"/>	6
	1 – 3 anos	<input type="text"/>	7
	Mais do que 3 anos	<input type="text"/>	8

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

(23) Se acontecesse de você parar de fumar completamente, você acredita que você seria mais saudável?	(a) em curto prazo:		
	Muito saudável	<input type="text"/>	1
	Pouco saudável	<input type="text"/>	2
	Sem diferenças	<input type="text"/>	3
	(b) em longo prazo:		
	Muito saudável	<input type="text"/>	1
Pouco saudável	<input type="text"/>	2	
Sem diferenças	<input type="text"/>	3	

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

(25) Quanto você quer parar de fumar de uma vez?	Realmente muito	<input type="text"/>	1
	Muito	<input type="text"/>	2
	Não muito	<input type="text"/>	3
	Não quero realmente	<input type="text"/>	4

(26) Você tem se sentido mais deprimido do que o usual nos últimos 6 meses?	Não realmente	<input type="text"/>	1
	Um pouco	<input type="text"/>	2
	Bastante	<input type="text"/>	3
	Muito	<input type="text"/>	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	<input type="text"/>	1
	Pouco preocupado	<input type="text"/>	2
	Preocupado	<input type="text"/>	3
	Muito preocupado	<input type="text"/>	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

Anexo VII - Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory)

Nome _____

1.0

0 Não me sinto triste

1 Sinto-me triste

2 Sinto-me triste todo tempo e não consigo sair disso

3 Estou tão triste ou infeliz que não posso agüentar

2.0

0 Não estou particularmente desencorajado quanto ao futuro

1 Sinto-me desencorajado quanto ao futuro

2 Sinto que não tenho nada por esperar

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar

3.0

0 Não me sinto fracassado

1 Sinto que falhei mais do que o indivíduo médio

2 Quando olho para trás em minha vida, tudo o que vejo é uma porção de fracassos

3 Sinto que sou um fracassado completo

4.0

0 Obtendo tanta satisfação com as coisas como costumava fazer

1 Não gosto das coisas da maneira que costumava gostar

2 Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma

3 Estou insatisfeito ou entediado com tudo

5.0

0 Não me sinto particularmente culpado

- 1 Sinto-me culpado boa parte do tempo
- 2 Sinto-me culpado a maior parte do tempo
- 3 Sinto-me culpado o tempo todo

6.0

- 0 Não sinto que esteja sendo punido
- 1 Sinto que posso ser punido
- 2 Espero ser punido
- 3 Sinto que estou sendo punido

7.0

- 0 Não me sinto desapontado comigo mesmo
- 1 Sinto-me desapontado comigo mesmo
- 2 Sinto-me aborrecido comigo mesmo
- 3 Eu me odeio

8.0

- 0 Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa
- 1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros
- 2 Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
- 3 Culpo-me por todas as coisas que acontecem

9.0

- 0 Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
- 1 Tenho pensamento sobre me matar, mas não levaria adiante
- 2 Gostaria de me matar
- 3 Me mataria se houvesse oportunidade

10.0

- 0 Não costumo chorar mas que o habitual
- 1 Choro mais agora que o habitual
- 2 Agora, choro o tempo todo

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que queira

11.0

0 Não sou mais irritadiço agora do que já fui

1 Fico molestada ou irritada mais facilmente do que costumava

2 Atualmente me sinto irritada o tempo todo

3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumava me irritar

12.0

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas

3 Perdi o meu interesse nas outras pessoas

13.0

0 Tomo decisões mais ou menos tão bem quanto em qualquer época

1 Adio minhas decisões mais do que costumava

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes

3 Não consigo mais tomar decisões

14.0

0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser

1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos

2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer atrativo

3 Considero-me feio

15.0

0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa

2 Tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa

3 Não consigo fazer qualquer trabalho

16.0

0 Durmo tão bem quanto de hábito

1 Não durmo tão bem quanto de hábito

2 Acordo 1 ou 2 horas mais cedo que de hábito e tenho dificuldade para dormir

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

17.0

0 Não fico mais cansado do que de hábito

1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava

2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa

18.0

0 Meu apetite não está pior do que de hábito

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser

2 Meu apetite está muito pior agora

3 Não tenho mais nenhum apetite

19.0

0 Não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente

1 Perdi mais de 2,5 kg

2 Perdi mais de 5kg

3 Perdi mais de 7,5 kg

20.0

0 Não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde

1 Preocupo-me com problemas físicos, com dores e aflições, ou perturbações no estomago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21.0

0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o meu interesse por sexo.

Anexo VIII - Aru Smoking Motivation Questionnaire

Nome: _____ Data: _____

Pergunta	Não sei (0)	Pouco (1)	Mais Menos (2)	ou 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				

Anexo IX - Instrumento de Coleta de Dados GAT

Nome _____ Data de nascimento ___/___/___

Admissão no GAT _____ Idade _____ Sexo: (1) masculino (2) feminino

Telefone residência _____ comercial _____

Peso atual	Kg	ICM	Quadril	cm	Antbç	cm
Altura	m	Abd	cm	Braço	cm	

Categoria (1) convênio (2) particular (3) SUS

Naturalidade: (1) Grande SP (2) outros municípios (3) outros estados (4) outros países

Estado civil: (1) solteiro (2) casado /amasiado (3) separado/viúvo

Escolaridade: (0) analfabeto (1) até 1º grau comp. (2) até 2º grau comp. (3) superior

Ocupação: (1) ativo (trabalhou até a quatro meses) (2) inativo (3) outros (dona de casa, estudante, aposentado)

Cor: (1) branca (2) negra (3) mulato (4) amarelo

Início do hábito: _____ idade Consumo de cigarro em anos _____

Consumo de cigarro ao dia (0) até 20 (1) de 21 a 30 (2) mais de 30

Número de tentativas de abandono ____ Última tentativa em _____

Grau de dependência: _____ () muito baixo () baixo () médio () elevado () muito elevado

Tempo de tabagismo _____ anos

Marca do cigarro _____

Medicação atual _____ mg _____ X/dia

Medidas domiciliares _____ X _____ mmHg

Lesão em órgão alvo:

HVE _____ Dç carotídea _____

Creatinina > 1,2mg/dl _____

Microalbuminúria _____

Doenças clínicas associadas:

Angina ou IAM prévio	
Revasc. (ATC ou RM)	
Nefropatia	
Retinopatia	
AVC/AIT	
Dç vascular periférica	
ICC	
Câncer	

Estratificação de risco

Resp.	
C/V	
Abd	
Ext//	

PA (____/____): ____X____ mmHg FC ____ bpm

OBS: _____

Hip. Diagnostica: () Sd. Metabólica () HAS primária () DM tipo () HAS secundária () não aderente

Conduta: () Dieta () Ativ. Física

Terapêutica anterior: (0) não (1) adesivo (2) antidepressivo (3) chicletes

(4) benzodiazepínico Outros quais? _____

História pessoal de depressão (0) não (1) sim

História pessoal de uso de drogas (0) não (1) sim
História pessoal de etilismo (0) não (1) sim
História familiar de depressão (0) não (1) sim
Pais fumantes (0) não (1) sim
Diabetes (0) não (1) sim
Sedentarismo (0) não (1) sim

Realizou o Programa de Apoio ao Tabagismo (0) não (1) sim

O cônjuge ou a pessoa mais importante para você é contra o hábito de fumar

(0) não, até estimula o hábito (1) sim é contra o hábito de fumar

Apresenta antecedente de DPOC (0) não (1) sim

Apresenta Chiado (0) não (1) sim

Conseguiu participar de quantas reuniões_____

Sucesso no período de seguimento

Sucesso em 30 dias (0) não (1) sim Motivo_____

Sucesso em três meses (0) não (1) sim Motivo_____

Sucesso em seis meses (0) não (1) sim Motivo_____

Sucesso em um ano (0) não (1) sim Motivo_____

Anexo X - Instrumento de Coleta de Dados

Nome _____ Data de nascimento __/__/__

Admissão no GAT _____ Idade _____

Telefone residência _____ comercial _____

Consumo de cigarro (anos) _____

Média de cigarros/dia nos últimos anos _____

Número de tentativas anteriores _____

Categoria: (1) convênio (2) particular (3) SUS

Sexo: (1) masculino (2) feminino

Naturalidade: (1) Grande SP (2) outros municípios 3) outros estados
(4) outros países

Estado civil: (1) solteiro (2) casado /amasiado (3) separado/viúvo

Escolaridade: (1) ate 1º grau comp. (2) ate 2º grau comp. (3) superior

Ocupação: (1) ativo (trabalhou até há quatro meses) (2) inativo
(3) outros (dona de casa, estudante, aposentado)

Cor: (1) branca (2) negra (3) mulato (4) amarelo

Neoplasia: (0) não (1) sim

Teste de Fagerström (0) de 2 a 8 (1) de 9 a 11

História pessoal de depressão (0) não (1) sim

História pessoal de uso de drogas (0) não (1) sim

História pessoal de etilismo (0) não (1) sim

História familiar de depressão (0) não (1) sim

Pais fumantes (0) não (1) sim

Terapêutica anterior: (0) não (1) adesivo (2) antidepressivo (3) chicletes
(4) benzodiazepinico

Qual : _____

Realizou o Programa de Apoio ao Tabagista

(0) não (1) sim

Conseguiu participar de quantas reuniões

(0) todas (1) uma (2) duas (3) três (4) quatro

Consumo de cigarro ao dia

(0) até 20 (1) de 21 a 30 (2) mais de 30

O cônjuge ou a pessoa mais importante para você é contra o hábito de fumar

(0) não é contra (1) sim é contra

Apresenta antecedente de DPOC

(0) não (1) sim

Apresenta Chiado

(0) não (1) sim

Resultado no período de seguimento

Recaída em 30 dias (0) não (1) sim Motivo_____

Recaída em três meses (0) não (1) sim Motivo_____

Recaída em seis meses (0) não (1) sim Motivo_____

Recaída em nove meses (0) não (1) sim Motivo_____

Recaída em doze meses (0) não (1) sim Motivo_____

