

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE MEDICINA
COORDENAÇÃO DE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE

Análise dos fatores associados à cessação do tabagismo em Cuiabá/MT, 2014.

Maritza Muzzi Cardozo Pawlina

CUIABÁ
2014

**ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM
CUIABÁ/MT, 2014.**

Maritza Muzzi Cardozo Pawlina

Orientador: Prof. Dr. Clóvis Botelho

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, área de concentração Epidemiologia e Serviços de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso, para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

CUIABÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

P339a Pawlina, Maritza Muzzi Cardozo.
Análise dos fatores associados à cessação do tabagismo em Cuiabá/MT,
2014 / Maritza Muzzi Cardozo Pawlina. – 2014.
287 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Clóvis Botelho.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de
Medicina, Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Área de Concentração:
Epidemiologia e Serviços da Saúde, 2014.

Inclui bibliografia.

Inclui anexos.

1. Tabagismo. 2. Tabagismo – Saúde pública. 3. Dependência nicotínica –
Stress e terapia. 4. Tabagismo – Tratamento – Recusa do paciente. 5. Nicotina –
Dependência. 6. Tabagismo – Depressão. 7. Tabagismo – Ansiedade. 8.
Tabagismo – Cuiabá (MT). I. Título.

CDU – 613.84(817.2)

Ficha elaborada por: Rosângela Aparecida Vicente Söhn – CRB-1/931

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Matheus e Luiza, por me permitirem sentir o amor incondicional. Vocês são a razão e a alegria da minha vida. Amo vocês.

Ao meu marido, Saulo Roberto Lentch Pawlina, pelas ausências, apoio e por me incentivar na busca e realização deste sonho,

Aos meus pais, Péricles Cardozo Filho e Maria Antonieta Muzzi, que me ensinaram a importância da perseverança e por sempre estarem ao meu lado me apoiando.

Aos meus amados irmãos, Maria Luisa, Mara Lúcia e Marcelo por me mostrarem que a cumplicidade, a união e o amor nos ajudam a crescer.

Aos meus sobrinhos, André, Fernando, Rodrigo, Nathália e Luiz Gustavo pelo amor e pelas alegrias.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida, pela saúde, familiares e oportunidades,

Ao Prof. Dr. Clóvis Botelho, meu mestre e orientador, a quem quero manifestar meu reconhecimento, respeito e gratidão por ter acreditado em mim, fazer parte da realização de um grande sonho, pelos ensinamentos transmitidos, interesse, competência, incentivo, paciência e disponibilidade em todas as etapas desse processo,

À prof. Dra. Regina de Cássia Rondina, pelos questionamentos, disponibilidade e pela valiosa e constante contribuição,

Ao prof. Dr. Mariano Martinez Espinosa, pela parceria, acessibilidade, conhecimentos e pela colaboração na análise e interpretação dos dados estatísticos,

À prof. Dra. Delma Perpétua de Souza pela contribuição em todos os momentos e por me mostrar que o caminho do conhecimento é prazeroso,

À Dra. Solange Montanha pela confiança em mim depositada, por ter me recebido de braços abertos no Hospital Universitário Júlio Müller e por ser uma ativista no combate ao tabagismo,

À Dra. Wandoircy da Costa, pelo carisma, receptividade nas unidades de saúde e pelo companheirismo,

À Dra. Marilda Novais Lipp, pela disponibilidade em ensinar e compartilhar o seu vasto conhecimento,

À Glauce Maria Montes de Novais Souza, enfermeira do Centro de Saúde do Campo Velho, pela disposição em ajudar e a vontade de construir um Sistema de Saúde mais justo,

À Viviane Maria Guimarães Carvalho, psicóloga do Hospital Universitário Júlio Müller, pela parceria e por compartilhar comigo seus conhecimentos sobre tabagismo,

Aos profissionais que trabalham no Hospital Universitário Júlio Müller, Centro de Saúde Campo Velho, Policlínica do Coxipó e Planalto pela recepção sempre calorosa,

Aos professores João Henrique Gurtler Scatena, Denise Pimentel, Cór Jesus, Amílcar Damazo, Francisco Souto e Eliane Ignotti pelas contribuições e ensinamentos transmitidos durante o curso de doutorado,

Às colegas Sirlei Thies e Cátia Romano por todos os momentos que juntas passamos (conhecimentos, dúvidas, insegurança, medo, ansiedade e felicidade),

À Veruska Norie e Camila Ozelame, que eficientemente digitaram todo o banco de dados,

À Jussara Nunes, Marcia de Deus Rocha, Silvia Tomaz, Ivani Gomes, Soraia Maciel, Jorge Luiz de Arruda e Larissa Shlessarenko Ribeiro, profissionais guerreiros da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, pelos incentivos e apoios recebidos,

À Keylla Okada, Héliida Leseux, e Gleice Muller sempre prestativas e atenciosas,

Às minhas amigas Ana Paula Rondon, Marcelle Dallarmi, Nancy Vilela e Rita de Cássia Moussa que me possibilitaram momentos alegres que me davam disposição e energia novamente,

À minha madrinha Anita Muzzi e aos meus sogros Valerie e Wilson Pawlina, pela força e presença constante na minha vida e

À todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho,

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

O tabagismo é uma doença e considerado como problema de saúde pública, sendo também um fator de risco para outras doenças que causam grande impacto na morbidade e mortalidade da população. É imprescindível buscar formas de amenizar essa realidade e combater essa doença complexa, oferecendo ajuda especializada às pessoas que querem parar de fumar e não conseguem pelos fatores dificultadores que interferem nesse processo. Este trabalho tem o objetivo geral de analisar os fatores associados à cessação do tabagismo nas unidades de saúde de Cuiabá/MT. Para atender o objetivo deste estudo são apresentados quatro artigos, cada qual com um objetivo operacional. No primeiro artigo, analisa-se a associação entre as características sociodemográficas, status do tabagismo, grau de motivação, nível de ansiedade, depressão e de stress com o fracasso em pacientes de um programa de cessação de tabagismo. Estudo de corte transversal realizado com pacientes que procuraram os programas de cessação do tabagismo de Cuiabá/MT, Brasil. Todos os fumantes matriculados no início destes programas, durante o período de maio a agosto de 2012, foram convidados a participar deste estudo, totalizando 216 pacientes. Os instrumentos utilizados foram o questionário Perfil Sociodemográfico-Demográfico, Teste de Fagerström (FTND), Urica, Inventário Ansiedade de Beck (BAI), Inventário Depressão de Beck (BDI) e Inventário Sintomas Stress Lipp (ISSL). Os dados foram digitados duplamente em programa Epidata Versão 3.1 e para análise dos dados foi utilizado um modelo de regressão de Poisson. Foram encontradas associações do fracasso terapêutico com as seguintes variáveis: faixa etária jovem; menor tempo de tabagismo; maior consumo de cigarros/dia e menor grau de motivação. No modelo final (RP_a), ficaram associadas ao fracasso as variáveis: menor tempo do tabagismo (RP_a 1,53; IC 95% 1,07-2,32), maior carga tabágica (RP_a 1,48; IC 95% 1,12-1,95), baixo nível de motivação (RP_a 1,58 IC 95% 1,07-2,32) e alto nível de ansiedade (RP_a 1,22; IC 95% 1,01-1,48). Baixo nível motivacional (Contemplação e Pré-contemplação), alto nível de ansiedade (moderado/grave), menor tempo de tabagismo, alta carga tabágica estão associados ao fracasso terapêutico. No segundo artigo, analisa-se a associação da dependência da nicotina com o nível de ansiedade e depressão de pacientes em cessação do tabagismo. Estudo transversal realizado com pacientes dos programas de cessação do tabagismo de Cuiabá/MT. Todos os fumantes matriculados, durante o período de maio à agosto de 2012, participaram deste estudo. Foram aplicados quatro instrumentos: Questionário sociodemográfico demográfico, Teste de Fagerström, Inventário de Ansiedade de Beck e Inventário de Depressão de Beck. Feita análise bivariada, razão de prevalência bruta, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$), tendo como variável a dependência nicotínica \geq a 5 (Fagerström). As associações com $p < 0,20$ foram selecionadas para a Regressão de Poisson múltipla robusta (RP_a). Foram encontradas associações do Fagerström ≥ 5 com sexo masculino; quantidade de cigarros fumados/dia e nível de depressão moderado/grave. No modelo final (RP_a), permaneceram associadas as variáveis: sexo masculino (RP_a 1,12; IC 95% 1,01-1,24), numero de cigarros/dia (RP_a 1,28; IC 95% 1,15-1,43) e alto nível de depressão (RP_a 1,12; IC 95% 1,01-1,23). Alta dependência à nicotina foi associada significativamente ao nível de depressão, evidenciando a associação entre tabagismo e comorbidades psiquiátricas. No terceiro artigo, considerando a não adesão ao tratamento um dos fatores dificultadores do processo de cessação do tabagismo, o objetivo é comparar as características sociodemográficas, status do tabagismo e grau de motivação entre fumantes que abandonaram ou não o tratamento do tabagismo e analisar a associação entre fatores sociodemográficos e tabaco. Estudo de coorte com 216 pacientes fumantes que procuraram tratamento nas unidades de saúde de Cuiabá/MT. Foram utilizados questionários sociodemográfico e de tabagismo, grau de dependência (Fagerström), estágio de motivação

(Urica) e screening para alcoolismo (Cage). Os dados da avaliação inicial, após 45 dias e seis meses de acompanhamento foram tabulados e analisados, considerando as diferenças entre o abandono e não abandono, sendo utilizado o teste de duas proporções ($\alpha < 0,05$). Realizada análise bivariada, razão de prevalência bruta, nível de significância 5% ($p < 0,05$); tendo como variável desfecho o abandono do tratamento. As associações com $p < 0,20$ foram selecionadas para a regressão de Poisson Múltipla Robusta (RPa). A taxa de abandono foi de 34,26%, sendo que o maior foi após a Entrevista Inicial (17,59%). O cálculo da proporção do abandono/não abandono mostra que as variáveis sexo masculino ($p=0,030$; $\Delta=15,01$), faixa etária 20-39 anos ($p=0,011$; $\Delta=16,17$), ($p=0,007$; $\Delta=13,61$), estar trabalhando ($p=0,016$; $\Delta=15,93$) e grau de motivação pré-contemplação/contemplação ($p=0,008$ e $\Delta=12,31$) foi predominante no grupo abandono. A menor média do tempo de fumo (27,10; $p=0,001$) e a menor média da carga tabágica (34,20; $p=0,043$) também predominaram no grupo abandono do tratamento. O abandono foi associado ao sexo masculino, 20-39 anos, trabalham e motivação. No modelo final (RPa), gênero (RPa 1.47; ic 95% 1,03-2.10) e faixa etária (RPa 3.77; ic 95% 1.47 – 9.67) permaneceram associados ao abandono. Conclui que pacientes do sexo masculino, faixa etária de 20-39, que trabalham, com baixo nível motivacional (contemplação e pré-contemplação), média menor de tempo de fumo e carga tabágica abandonaram mais o tratamento da dependência à nicotina. No quarto artigo, o objetivo é comparar as mudanças nos níveis de ansiedade, depressão, motivação e stress em pacientes do programa de cessação de Tabagismo em Cuiabá/MT. Estudo de coorte em 3 momentos: fase A1 (avaliação inicial), A2 (45 dias depois) com medicação/terapia cognitivo comportamental e A3(6 meses depois). Utilizou-se questionário sociodemográfico e status tabagismo, Urica, Cage, BAI, BDI e ISSL. Os dados foram analisados com testes não paramétricos para comparações pareadas nas três avaliações realizadas, teste de Wilcoxon. Os resultados mostram redução dos níveis de ansiedade, depressão, motivação (Pré-Contemplação/Contemplação) e stress ao comparar A1 com a A2 e A1 com a A3. As intervenções realizadas foram efetivas para diminuição dos níveis de ansiedade, depressão e stress, bem como aumento da motivação.

Descritores: Tabagismo, Abandono do uso de tabaco, Ansiedade, Dependência Nicotínica, Depressão, Fagerström, Motivação, Recusa do Paciente ao Tratamento e Terapia Cognitiva.

ABSTRACT

Smoking is a disease and is considered a public health problem and also a risk factor for other diseases that cause a great impact on morbidity and the mortality of the population. It is indispensable to seek ways to mitigate this reality and tackle this complex disease, offering expert assistance to people who want to quit smoking and fail because of hindering factors that interfere with this process. This research has the general objective of analyzing the factors associated with smoking cessation in health facilities in Cuiabá, MT. To meet the objective of this study, four articles are presented, each one with an operational goal. In the first article, the association between sociodemographic characteristics, smoking status, degree of motivation, levels of anxiety, depression and stress in patients who have failed in a smoking cessation program are analyzed. A cross-sectional study was conducted on patients who sought smoking cessation programs in Cuiabá, MT, Brazil. All the smokers that were enrolled at the beginning of these programs, from May to August 2012, were invited to participate in this study, totaling 216 patients. The instruments used were the Socio-Demographic Profile questionnaire, the Fagerström Test (FTND), Urica, the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Beck Depression Inventory (BDI) and Lipp's Stress Symptoms Inventory (LSSI). The data was entered twice in an electronic database, Epidata version 3.1, and a model of the Poisson regression was used for data analysis. Associations with treatment failure were found with the following variables: younger age group; less time spent smoking; larger consumption of cigarettes per day and lower degree of motivation. In the final model (RPa), the following were associated with variable weakness: less time spent smoking (RPa 1.53; 95% CI 1.07 to 2.32), greater smoking history (RPa 1.48; 95% CI 1.12 to 1.95), low level of motivation (RPa 1.58; 95% CI 1.07 to 2.32), and high level of anxiety (RPa 1.22; 95% CI 1.01 to 1.48). Low level of motivation (Contemplation and Pre-contemplation), high level of anxiety (moderate to severe), less time spent smoking, and a greater smoking history are associated with treatment failure. In the second article, the association of the dependency of nicotine with the level of anxiety and depression in patients in the smoking cessation program are analyzed. A cross-sectional study of patients in the smoking cessation programs in Cuiabá, MT was conducted. All the smokers enrolled, from May to August 2012, participated in this study. Four instruments were applied: the Socio-Demographic questionnaire, the Fagerström Test, the Beck Anxiety Inventory, and the Beck Depression Inventory. A bivariate analysis was done, the reason for the gross prevalence, with a significant level of 5% ($p < 0.05$), having nicotine dependence as a variable ≥ 5 (Fagerström). The associations with $p < 0.20$ were selected for the multiple robust Poisson regression (RPa). Associations of Fagerström ≥ 5 with males were found; quantity of cigarettes smoked per day and level of depression, moderate or severe. In the final model (RPa), these associated variables continue: male (RPa 1.12; 95% CI 1.01 to 1.24), number of cigarettes per day (RPa 1.28; 95% CI 1.15 to 1.43) and a high level of depression (RPa 1.12; 95% CI 1.01 to 1.23). High nicotine dependence was significantly associated with the level of depression, showing the association between smoking and psychiatric comorbidity. In the third article, taking into consideration the non-adherence to treatment one of the hindering factors in the process of smoking cessation, the objective is to compare sociodemographic characteristics, smoking status and the degree of motivation among smokers who have or not left smoking treatment and analyze the association between sociodemographic factors and smoking. This was a cohort study of 216 smokers who sought treatment at health facilities in Cuiabá, MT. Sociodemographic and smoking questionnaires, degree of dependence (Fagerstrom), phase of motivation (Urica) and screening for alcoholism (Cage) were used. The initial evaluation data, after 45 days and 6 months of follow-up were charted and analyzed, considering the differences between abandonment and non abandonment and using the two proportions test

($\alpha < 0.05$). A bivariate analysis was conducted, crude prevalence ratio, significance level of 5% ($P < 0.05$), having the variable outcome the abandonment of treatment. Associations with $P < 0.20$ were selected for multiple robust Poisson Regression (RPa). The dropout rate was 34.26%, with the highest rate of after the initial interview (17.59%). The calculation of the proportion of abandonment and non abandonment shows that the variables, males ($p=0.030$; $\Delta = 15.01$), 20-39 age group ($p=0.011$; $\Delta = 16.17$), ($p=0.007$; $\Delta = 13.61$), having a job ($P=0.016$; $\Delta = 15.93$) and degree of motivation precontemplation and contemplation ($p=0.008$ and $\Delta = 12.31$) was predominant in the dropout group. The lowest average time spent smoking (27.10, $p=0.001$) and lowest average tobacco intake (34.20, $p=0.043$) was also predominant in the treatment dropout group. Abandonment was associated with the male gender, 20-39 age group, employment, and motivation. In the final model, (RPa), gender (RPa 1.47; CI 95% 1.03-2.10) and age group (RPa 3.77; CI 95% 1.47-9.67) remained associated with abandonment. I concluded that male patients, aged 20-39, who have a job, a low motivational level (pre-contemplation and contemplation), lower average time spent smoking and lower tobacco intake dropped out more often from the treatment of nicotine dependence. In the fourth article, the objective was to compare the changes in the level of anxiety, depression, motivation and stress in patients in the smoking cessation programs in Cuiabá, MT. A cohort study was conducted in 3 phases: Phase A1 (initial assessment), A2 (45 days later) with medication and cognitive behavioral therapy, and A3 (6 months later). A sociodemographic questionnaire and smoking status, Urica, Cage, BAI, BDI and ISSL were used. Data was analyzed with nonparametric tests for paired comparisons in the three assessments carried out, Wilcoxon test. The results show a reduction in the levels of anxiety, depression, motivation (precontemplation and contemplation) and stress when comparing A1 with A2 and A1 with A3. The interventions conducted were effective in decreasing levels of anxiety, depression and stress, as well as increasing motivation.

Keywords: Smoking, Abandonment of tobacco use, Anxiety, Nicotine Dependence, Depression, Fagerström, Motivation, Patient Refusal to Treatment and Cognitive Therapy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Os três níveis de cognição de Beck na terapia cognitiva: o pensamento automático, as crenças intermediárias e as crenças centrais.....	30
Figura 2 – Modelo Cognitivo de Recaída do Beck ou modelo cognitivo do uso de substâncias.....	31
Artigo3	89
Figura 1 – Acompanhamento do Abandono do tratamento dos pacientes durante o processo.....	93
Artigo 4	107
Figura 1 –Fluxograma dos pacientes por sessões de TCC e avaliações do estudo- Cuiabá, MT-2013.....	109
Figura 2 – Comparação das 3 Avaliações dos Níveis Motivacional (URICA) dos pacientes – Cuiabá.MT, 2013.....	112
Figura 3 - Comparação das 3 Avaliações dos Níveis de Ansiedade (BAI) dos pacientes – Cuiabá.MT, 2013.....	113
Figura 4 – Comparação das 3 Avaliações dos Níveis de Depressão (BDI) dos pacientes - Cuiabá, MT-2013.....	113
Figura 5 – Comparação das 3 Avaliações dos níveis de Stress (ISSL) dos pacientes - Cuiabá, MT-2013.....	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação quanto ao consumo de tabaco de acordo com Manual do Monoxímetro.....	54
Artigo 1	61
Tabela 1 – Frequência e porcentagem dos pacientes por fatores sociodemográficos-demográficos e taxa fracasso/sucesso, Cuiabá/MT, 2013.....	66
Tabela 2 – Associação entre o fracasso na cessação e os fatores sociodemográficos, Cuiabá/MT, 2013.....	66
Tabela 3 – Associação entre o fracasso na cessação e status do tabagismo, Cuiabá/MT, 2013.....	67
Tabela 4 – Associação entre o fracasso na cessação e os resultados dos questionários grau de motivação, nível de ansiedade (BAI), nível de depressão (BDI) e de stress (ISSL), Cuiabá/MT, 2013.....	67
Tabela 5 – Modelo final, razão de prevalência ajustada por regressão de Poisson Robusta (RP _a), das variáveis associadas ao fracasso na cessação, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e valor de p das variáveis selecionadas pelo método backward, Cuiabá, MT, 2013.....	68
Artigo 2	77
Tabela1 – Resultados da análise bivariada da associação entre dependência nicotínica e fatores sociodemográficos, Cuiabá-MT.....	81
Tabela 2 - Resultados da análise bivariada da associação entre dependência nicotínica e status do tabagismo, Cuiabá-MT.....	82
Tabela 3 – Resultados da análise bivariada da associação entre dependência nicotínica e os instrumentos de avaliação psicológica, Cuiabá-MT.....	82
Tabela 4 – Razão de prevalência ajustada por regressão de Poisson Robusta (RP _a), das variáveis associadas a Fagerström ≥ 5 (em 216 pacientes, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e valor de p das variáveis selecionadas pelo método <i>backward</i> , Cuiabá-MT.....	83
Artigo 3	89
Tabela 1 – Número, porcentagem, média e desvio padrão dos participantes comparando o abandono com o não abandono do tratamento da dependência à nicotina, segundo as variáveis sociodemográficas-demográficas, CAGE, tratamento psiquiátrico, grau de motivação e variáveis relacionadas ao tabagismo, Cuiabá-MT, 2013.....	96

Tabela 2 – Associação entre o abandono do tratamento de fumante e os fatores sociodemográficos-demográficos, dados do tabagismo, Cuiabá/MT, 2013.....	97
Tabela 3 – Razão de prevalência ajustada por regressão de Poisson Robusta (RP_a), das variáveis associadas ao abandono de fumar em 216 pacientes, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e valor de p das variáveis selecionadas pelo método <i>backward</i> , Cuiabá-MT, 2013.....	98

LISTA DE ABREVIATURAS

APA	–	American Psychiatry Association
ATV	–	Área Tegmentar Ventral
BAI	–	Beck Anxiety Inventory
BDI	–	Beck Depression Inventory
CAAE	–	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAGE	–	Cut-Down, Annoyed, Guilty e Eye- Opener
CEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	–	Comissão Intergestores Tripartite
CO	–	Monóxido de Carbono
COex	–	Monóxido de Carbono no ar exalado
COHB	–	Carboxiemoglobina
DANT	–	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DCNT	–	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DPOC	–	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRT	–	Doenças Relacionadas ao Tabagismo
EM	–	Entrevista Motivacional
E-R	–	Estímulo - Resposta
EVA	–	Efeito de Violação da Abstinência
FTND	–	Fagerström Test for Nicotine Dependence
HUJM	–	Hospital Universitário Júlio Müller
IB	–	Intervenção Breve
IC	–	Intervalo de Confiança
IM	–	Intervenção Motivacional
IMB	–	Intervenção Motivacional Breve
INCA	–	Instituto Nacional do Câncer
ISSL	–	Inventário de Sintomas de Stress de Lipp
MET	–	Motivational Enhancement Therapy
MS	–	Ministério da Saúde
MT	–	Mato Grosso
MTMC	–	Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
ONG	–	Organizações não governamentais

PAAP	–	Perguntar, Avaliar, Aconselhar e Preparar
PAAPA	–	Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar
PNCT	–	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNCTOFR	–	Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer
PREPs	–	Potencial Reduced Exposure Products
PTA	–	Poluição Tabagística Ambiental
PPM	–	Partículas por milhão
RPA	–	Regressão de Poisson Robusta
RPB	–	Razão de Prevalência Bruta
SA	–	Síndrome de Abstinência
SES	–	Secretaria de Estado de Saúde
SM	–	Salário Mínimo
SMS	–	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	–	Sistema Nervoso Central
SPSS	–	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TAG	–	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCC	–	Terapia Cognitivo Comportamental
TRN	–	Terapia de Reposição de Nicotina
URICA	–	University of Rhode Island Change Assessment
VIGITEL	–	Vigilância de fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	–	World Health Organization

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	9
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	11
LISTA DE TABELAS.....	12
LISTA DE ABREVIATURAS.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1 TABAGISMO.....	22
2.2 NICOTINA.....	24
2.3 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO.....	25
2.4 TRATAMENTO DO TABAGISMO.....	26
2.5 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC).....	28
2.6 MODELO COGNITIVO PARA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	31
2.7 FATORES PREDITORES DE FRACASSO NA CESSAÇÃO.....	33
2.8 DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA.....	34
2.9 TABAGISMO E OUTROS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS.....	35
2.10 GÊNERO.....	39
2.11 FAIXA ETÁRIA.....	40
2.12 OCUPAÇÃO.....	41
2.13 GRAU DE MOTIVAÇÃO.....	42
2.14 ENTREVISTA MOTIVACIONAL.....	43
3. OBJETIVOS.....	46
3.1 OBJETIVO GERA.....	46
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	46
4. MÉTODOS.....	47
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	47
4.2 POPULAÇÃO.....	47
4.3 AMOSTRA.....	47
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO.....	48
4.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	49
4.5.1 Questionário Perfil Sociodemográfico.....	49

4.5.2 Fagerström Tolerance of Nicotine Dependence – FTND.....	49
4.5.3 Cage.....	50
4.5.4 University of Rhode Island Change Assessment – URICA.....	51
4.5.5 Beck Anxiety Inventory (BAI) – Inventário de Ansiedade de Beck.....	51
4.5.6 Beck Depression Inventory (BDI) – Inventário de Depressão de Beck.....	52
4.5.7 Inventário de Sintomas de Stress de Lipp – ISSL.....	53
4.5.8 Monoxímetro.....	54
4.6 SEGUIMENTO DOS PARTICIPANTES.....	54
4.7 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	56
4.8 CONTROLE DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	57
4.9 APLICAÇÃO DO TESTE PILOTO.....	57
4.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	58
4.11 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	60
5. RESULTADOS.....	61
5.1 ANSIEDADE E BAIXO NÍVEL MOTIVACIONAL ASSOCIADOS AO FRACASSO NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO.....	61
5.2 DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA E NÍVEIS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM FUMANTES EM PROCESSO DE CESSAÇÃO.....	77
5.3 ABANDONO DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA À NICOTINA. UM ESTUDO DE COORTE.....	89
5.4 ANSIEDADE, DEPRESSÃO, MOTIVAÇÃO E ESTRESSE EM FUMANTES EM PROCESSO DE CESSAÇÃO.....	107
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
7. CONCLUSÕES.....	122
8. SUGESTÕES.....	123
9. BIBLIOGRAFIA.....	124
APÊNDICES.....	144
APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	145
APÊNDICE B – MODELO CERTIFICADO EX-FUMANTE.....	149
APÊNDICE C - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE CESSAÇÃO AO TABAGISMO.....	151
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	153

APÊNDICE E – ARTIGO PUBLICADO JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA – ANSIEDADE E BAIXO NÍVEL MOTIVACIONAL ASSOCIADOS AO FRACASSO NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO.....	155
APÊNDICE F – ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA – NICOTINE DEPENDENCE AND LEVELS OF DEPRESSION AND ANXIETY IN SMOKERS IN THE PROCESS OF SMOKING CESSATION.....	164
APÊNDICE G – ARTIGO ENVIADO AO SÃO PAULO MEDICAL JOURNAL - ABANDONMENT OF NICOTINE DEPENDENCE TREATMENT. A COHORT STUDY.....	170
APÊNDICE H – ARTIGO ENVIADO AO JORNAL BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA - ANXIETY, DEPRESSION, MOTIVATION AND STRESS IN SMOKERS IN THE PROCESS OF SMOKING CESSATION.....	190
ANEXOS.....	209
ANEXO A – MODELO DE QUESTIONÁRIO DO INCA/MS.....	210
ANEXO B - FAGERSTRÖM TOLERANCE OF NICOTINE DEPENDENCE – FTND.....	214
ANEXO C – CAGE.....	216
ANEXO D – UNIVERSITY OF RHODE ISLAND CHANGE ASSESSMENT – URICA.....	218
ANEXO E – TABELA DO MANUAL DO MONOXÍMETRO.....	220
ANEXO F – MANUAL DO COORDENADOR – DEIXANDO DE FUMAR SEM MISTÉRIOS.....	222
ANEXO G – MANUAL DO PARTICIPANTE – ENTENDER POR QUE SE FUMA E COMO ISSO AFETA A SAÚDE – 1ª SESSÃO.....	250
ANEXO H – MANUAL DO PARTICIPANTE – OS PRIMEIROS DIAS SEM FUMAR – 2ª SESSÃO.....	258
ANEXO I – MANUAL DO PARTICIPANTE – COMO VENCER OS OBSTÁCULOS PARA PERMANECER SEM FUMAR – 3ª SESSÃO.....	268
ANEXO J – MANUAL DO PARTICIPANTE – BENEFÍCIOS OBTIDOS APÓS PARAR DE FUMAR – 4ª SESSÃO.....	274
ANEXO K – PLANILHA DE COLETA DE INFORMAÇÕES DO TRATAMENTO DO TABAGISMO.....	280
ANEXO L – ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS) CUIABÁ – MT.....	282

ANEXO M – ANUÊNCIA DO HUJM – TERMO DE ADESÃO.....	284
ANEXO N – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS DO HUJM.....	286

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado a principal causa evitável de mortes no mundo e fator de risco associado a enfermidades que produzem mais vítimas^{1,2}. No século XX, a epidemia do tabaco matou 100 milhões de pessoas no mundo e no século XXI esse número poderá chegar a um bilhão³.

O tabaco é a droga com maior poder de dependência entre as drogas aditivas⁴ e o governo brasileiro, visualizando a gravidade deste problema, vem buscando combater esta epidemia¹.

Apesar de o consumo de tabaco ter reduzido no país nas últimas décadas, a população de fumantes ainda é grande, o que fomenta a necessidade de se fortalecerem as estratégias de controle¹. Dentro desta perspectiva, o objetivo deste trabalho é estudar os fatores associados à cessação do tabagismo nas unidades de saúde do município de Cuiabá/MT de forma a otimizar as estratégias para o tratamento do tabagismo.

Este trabalho foi organizado em nove capítulos. No primeiro, designado Introdução, estão sendo explicitadas a organização e a sistematização de todo o trabalho. No segundo capítulo, intitulado Revisão de Literatura, serão abordados os referenciais teóricos norteadores deste estudo, conceito de tabagismo como doença, a dependência à nicotina, explicitação do funcionamento do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, as abordagens utilizadas, o grau de motivação e os transtornos psiquiátricos.

O terceiro capítulo contempla os objetivos que estão subdivididos em um objetivo geral e quatro objetivos operacionais que correspondem aos artigos produzidos neste estudo.

O percurso metodológico está descrito no Capítulo quarto. Aqui são descritos o tipo de estudo, população, amostra, os critérios de inclusão/exclusão, instrumento e procedimentos de coleta de dados, seguimento dos participantes, controle das variáveis de estudo, aplicação do teste piloto, limitações da pesquisa, processamento e análise de dados e procedimentos éticos para a realização.

No Capítulo cinco são apresentados os resultados obtidos nesta pesquisa em formato de artigo. Ao todo foram quatro artigos enviados para revistas, sendo dois aceitos até o presente momento. O primeiro artigo tem como objetivo caracterizar as variáveis sociodemográficas, status do tabagismo, grau de motivação, stress, níveis de ansiedade e depressão e verificar a associação destas com o fracasso na cessação do tabagismo em 216 pacientes. Importantes achados de resultados dessa associação são discutidos nesse artigo.

Alguns fatores são considerados como dificultadores no processo de cessação, entre eles o alto grau de dependência nicotínica e nível de ansiedade e depressão. Sendo assim, o objetivo do segundo artigo é avaliar nos pacientes, a associação do grau de dependência da nicotina com as variáveis sociodemográficasdemográficas, status do tabagismo e grau de ansiedade e depressão.

Apesar de todos os esforços e recursos atuais, as taxas de abandono dos programas são altas. Deste modo, o terceiro artigo visa verificar nos pacientes tabagistas dos Programas de Cessação as causas do abandono, com o intuito de entender os motivos da não aderência aos programas e tentar subsidiar as políticas de saúde pública. Para os três artigos acima citados foram usados uma mesma amostra de 216 pacientes.

Entretanto, para o quarto artigo a amostra foi de 142, pois foi um estudo de seguimento somente com os pacientes que iniciaram e terminaram o tratamento, comparando os resultados das intervenções realizadas (medicamentos + Terapia Cognitivo-Comportamental) ao longo do processo sobre os níveis de ansiedade, depressão, motivação e “stress”.

As considerações finais estão no capítulo seis, as conclusões com base em toda trajetória desenvolvida estão escritas no capítulo sete e as sugestões de melhorias aos Programas de Cessação do Tabagismo surgem no capítulo oitavo. Finalizando, o capítulo nono, onde constam as citações das referências bibliográficas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TABAGISMO

O tabagismo, apesar de ser reconhecido e classificado como doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1997 e ser considerado um transtorno mental e comportamental (CID-10: F 17.2), é mais conhecido como fator de risco para inúmeras doenças. A epidemia do tabagismo hoje é mais grave do que há 50 anos e é a maior causa de mortalidade prevenível⁵.

Como fator de risco ou doença crônica não transmissível (DCNT), o tabagismo é considerado um dos grandes males da humanidade, tornando-se problema de saúde pública mundial, uma verdadeira epidemia,⁶⁻⁸ pois provoca aproximadamente 6 milhões de óbitos por ano, pelo consumo direto do tabaco e derivados ou pela exposição à poluição tabagística ambiental (PTA)⁹⁻¹¹.

Estima-se que no mundo 1, 3 bilhão de pessoas consumam algum tipo de produto do tabaco. Existem vários deles, alguns são para fumar como cigarros, charutos, cigarrilhas, cachimbo, narguilé ou cachimbo d'água e bidis (produto de tabaco para fumar usado na Índia); outros são para mascar, como o fumo de corda e tabaco mascado, ou para aspirar como o rapé. Entretanto, no formato de cigarro é que o tabaco é mais consumido e atualmente existem mais de 1 bilhão de fumantes consumindo anualmente cerca de 6 trilhões de cigarros^{10,12}.

Apesar das altas taxas de fumantes em alguns países houve decréscimo nas últimas décadas, possivelmente pelas políticas públicas implementadas e melhor acessibilidade às formas de prevenção e ao tratamento. A redução anual na prevalência do tabagismo tem sido de 0,6%, no Japão; de 0,7%, nos Estados Unidos; e de 0,8%, no Reino Unido. No Brasil, observa-se um declínio no número de fumantes nos últimos anos. As medidas de controle de tabaco têm sido adotadas desde 1986¹³. A prevalência em 1989 era de 32% e em 2008 foi de 17,1%. Ainda que as políticas públicas tenham desempenhado um importante papel, esta se deu mais por conta de diversos fatores: 48,4% pelo aumento do preço dos cigarros, 13,7% pela diminuição da propaganda, 13,6% pelas leis de ambiente livre do tabaco, 9,8% pelos programas de cessação, 7,8% pelas imagens divulgadas nos maços de cigarros, 6,3% pelas campanhas divulgadas e 0,4% restrições ao acesso de jovens^{14,15}.

Uma das fontes atuais de dados sobre a prevalência de tabagismo no Brasil tem origem na estimativa do sistema VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças

Crônicas por Inquérito Telefônico) para a população adulta (≥ 18 anos) residente em domicílios com telefone fixo nas capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, sistema que em 2008 estimava taxa de fumantes em 17,2%¹⁶. Nessa pesquisa a cidade de Porto Alegre aparece em primeiro lugar com 22,6% em percentual de adultos fumantes, seguida de Curitiba (20,2%), São Paulo (19,3%) e Porto Velho (16,6%). Cuiabá (capital deste estudo) aparece em 5º lugar com 16,1%, estando acima da média brasileira que é de 14,8%¹⁶.

Outra fonte de informação provém do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), realizado em 15 Capitais Brasileiras e Distrito Federal (2002-2003) pelo Instituto Nacional do Câncer¹⁷. A pesquisa demonstrou que as maiores prevalências de uso regular de cigarros foram encontradas em Porto Alegre (25,2%) e Curitiba (21,5%) e as menores em Aracaju (12,9%) e Campo Grande (14,5%). De uma maneira geral, as cidades menos populosas e menos industrializadas apresentaram menores prevalências¹⁷.

Sabe-se que no ato de fumar o tabaco produz a sensação de prazer, pela ação da nicotina nos circuitos cerebrais, o que frequentemente induz ao abuso e à dependência. Em busca de uma única substância – a nicotina – o fumante inala quase cinco mil outras com toxicidade inflamatória, mutagênica e cancerígena. Assim, o tabaco é um produto comprovadamente tóxico, sem nenhuma indicação terapêutica, não existindo dose mínima para seu uso sem risco^{18,19}.

A autoexposição deliberada e repetida aos diversos componentes tóxicos encontrados na fumaça do tabaco estão associados ao tabagismo: 90% dos câncer de pulmão, 80% do DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e 35% das doenças cardiovasculares. Além disso, 25% de todos os fumantes regulares morrem devido a essas doenças, a maioria prematuramente, perdendo em média 20 anos de vida²⁰.

A fumaça do cigarro em combustão consegue atingir temperatura em torno de 1.000° C, quando as dezenas de substâncias tóxicas, somadas às substâncias químicas adicionadas pelas indústrias multiplicam se e formam um complexo de substâncias mortíferas²¹. Essa fumaça é uma mistura heterogênea de gases, vapores e partículas líquidas e contém aproximadamente 5000 substâncias e tem duas fases: uma gasosa com aproximadamente 500 substâncias químicas tais como monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína e outra particulada ou sólida com mais de 3500 elementos como a nicotina, cádmio, alcatrão, entre outros²¹⁻²³.

Destas substâncias, o alcatrão, o monóxido de carbono e a nicotina são os três principais devido aos seus efeitos nocivos. O alcatrão é constituído de substâncias

cancerígenas como o arsênio, níquel, cádmio e outros;²² o monóxido de carbono interfere no transporte do oxigênio para os tecidos e a nicotina é responsável pela dependência química do fumante²⁴⁻²⁶.

Um dos componentes mais estudados é a nicotina, pois causa forte dependência e é uma substância muito perigosa²⁷.

2.2 NICOTINA

A nicotina é um dos principais componentes psicoativos do tabaco e tem como característica marcante o alto grau de dependência que desenvolve, pois modifica a neurobiologia do cérebro, com o seu uso contínuo⁶. O efeito da nicotina no cérebro é efetivado quando ocorre a ligação da droga com os receptores nicotínicos (polinérgicos – nAChR), os quais se encontram no Sistema Nervoso Central (SNC), notadamente no sistema límbico. Além disso, com o uso continuado da nicotina há modificação na estrutura do SNC, alterando a qualidade e quantidade dos receptores nicotínicos, até em 300%, o que causa mudança na fisiologia normal do SNC²⁸.

Quando um indivíduo fuma um cigarro, os receptores $\alpha 4\beta 2$ na área tegmentar ventral (ATV) são ativados, o que leva à liberação de dopamina propiciando sensações de prazer, satisfação e reforço. Ao longo do processo, a ativação continuada dessensibiliza os receptores e quando isso ocorre, retornam ao estado de repouso, iniciando a fissura e os sintomas de abstinência pela falta de liberação de dopamina. Conclui-se que a dessensibilização dos receptores corresponde ao tempo de consumo de um cigarro e que o tempo para ressensibilização equivale aos intervalos entre um cigarro e outro²⁹.

Outro fato importante a destacar é que o tabagismo é uma drogadição diferente das demais, uma vez que não é possível prever a dose de nicotina que será consumida. A quantidade de nicotina absorvida pelos tabagistas depende de inúmeros fatores tais como características do cigarro, taxa de consumo e hábito de cada indivíduo (frequência de tragos, profundidade de inalação e duração). Como a nicotina é eliminada rapidamente do organismo, isso leva o fumante a acender outro cigarro na busca dos mesmos efeitos. O tabagista acredita que o cigarro lhe causa prazer, reduzindo a sua ansiedade, melhorando a sua capacidade de raciocínio. Porém a abstinência da droga é que causa ansiedade, dificuldade de raciocinar, de concentrar, entre outros problemas^{30,31}.

Os processos farmacológicos e comportamentais na dependência da nicotina são parecidos com a de outras drogas. Ela é liberada com a queima do tabaco e tem um alto poder

aditivo³² e induz a tolerância (necessidade de doses gradativamente maiores para obter o mesmo efeito) e dependência (desejo de consumo)³³. Em grande parte, a gênese desta doença é explicada pela dependência à nicotina, sendo esta relacionada com a genética individual, fatores ambientais e o número de cigarros fumados/tempo de tabagismo (carga tabágica)^{34,35}.

O fato de a nicotina ser uma droga com alto potencial de dependência dificulta aos fumantes deixar o tabagismo, ocorrendo a síndrome de abstinência (SA), manifestando uma gama variada de sintomas característicos (craving, tremores, sudorese, agitação, irritabilidade, ansiedade, depressão, insônia, falta de concentração nas atividades diárias e ganho de peso indesejado, etc; ^{31,36,37} destacando-se o intenso desejo de voltar a fumar, que na maioria das vezes torna-se compulsivo e incontrolável (craving)^{34,38}. Esses sintomas surgem em poucas horas (2-12 horas) e alcançam seu ponto de pico em 24-48 horas depois de deixar de fumar³⁹.

Nessa dependência identifica-se uma composição tríplice: dependência física, relacionada aos sintomas da síndrome de abstinência quando se para de fumar; dependência psicológica, perceptível na sensação de ter no cigarro um apoio ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão, frustração e outros; e condicionamento, representado por associações habituais com o fumar, como por exemplo: fumar X tomar café, fumar X falar ao telefone, fumar X consumir bebidas alcoólicas, fumar após as refeições^{38,40,41}.

Sendo assim, o fumante enfrenta uma grande ambivalência, pois simultaneamente, mesmo sabendo que o cigarro faz mal e é ruim, persiste fumando pela dependência nicotínica⁴². Cerca de 70 a 80% dos fumantes manifestam desejo de parar de fumar^{43,44} e somente 3% a cada ano obtêm sucesso³⁸. Fumantes que procuram os serviços especializados para tratamento relatam que já tentaram parar de fumar diversas vezes, sem conseguir atingir o objetivo,⁴⁵⁻⁴⁸ pois nem todos conseguem o sucesso desejado⁴⁵, tendo em vista que existem diversos fenótipos de fumantes, cada grupo com suas idiosincrasias⁴², peculiaridades psicológicas, influência dos fatores ambientais e até do grau da motivação individual em parar de fumar ^{45,49}.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo é a iniciativa brasileira para ajudar estes pacientes a conseguir parar de fumar.

2.3 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

No Brasil desde 1989 o INCA (Instituto Nacional do Câncer), órgão do Ministério da Saúde que é responsável pela política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)⁵⁰. Atualmente é

denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR), sendo reconhecido como um dos programas mais efetivos no desenvolvimento das múltiplas ações de controle ao tabaco em todo o mundo e sendo referência internacional⁵¹⁻⁵³.

O tratamento ao tabagismo foi inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) pela pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), mediante a criação de portarias aprovando o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina⁵⁰.

Para uma unidade de saúde ter o Programa implantado e poder atender os pacientes esta precisa ser vinculada ao SUS e preencher os critérios estabelecidos de credenciamento⁵¹, como no caso das unidades deste estudo.

O alcance a nível nacional deste programa deve-se a um processo de descentralização através de parcerias realizadas com as secretarias estaduais e municipais de saúde e organizações não governamentais (ONG). O Programa envolve dois grandes grupos de ações: o primeiro direcionado à prevenção da iniciação tabágica, focando nas crianças e adolescentes; o segundo voltado aos fumantes, para que deixem de fumar³⁸.

Uma das metas do Governo para reduzir o número de fumantes no país é implantar o Programa de Controle de Tabagismo nas Unidades de Saúde em todo o país. No município de Cuiabá/MT o programa funciona de acordo com as diretrizes e normas do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), com ações direcionadas à educação e promoção à saúde^{38,53}.

Além disso, foi desenvolvido em 1996 o Programa Ajudando seu paciente a Deixar de Fumar com abordagem mínima e intensiva que tem como objetivo instrumentalizar os profissionais de saúde com estratégias e materiais de apoio visando aumentar a eficácia destes ao abordarem pacientes que desejam parar de fumar com tratamento especializado³⁸.

2.4 TRATAMENTO DO TABAGISMO

O tratamento do tabagismo preconizado em diversos consensos é baseado no apoio psicológico (Terapia Cognitivo-Comportamental - TCC) e na utilização de medicamentos para o controle da síndrome de abstinência⁵⁵. Duas classes de medicamentos estão disponíveis, os nicotínicos e não nicotínicos. Os nicotínicos são à base de nicotina e também designados de Terapia de Reposição da Nicotina (TRN), existindo diferentes formas: a transdérmica, pela aplicação de adesivos (patch), por via oral, com a goma-nicotina de mascar, pastilhas por

inalação, por aerosol e por tabletes. Mais recentemente surgiram os pseudo-cigarros, conhecido como PREP (Potencial Reduced Exposure Products). Os medicamentos não-nicotínicos são os antidepressivos bupropiona e nortriptilina, o anti-hipertensivo clonidina e o Tartarato de Vareniclina^{38,54,55}.

Os medicamentos (adesivos transdérmicos de nicotina, goma de mascar de nicotina e cloridrato de bupropiona) e os manuais dos participantes usados nas sessões são encaminhados pelo Ministério da Saúde para as Secretarias Municipais de Saúde com unidades cadastradas⁵⁴.

As indicações para a utilização dos medicamentos são:

1. Fumantes pesados, pessoas que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
2. Fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar;
3. Fumantes cujo resultado no teste de Fargeström é igual ou maior que 5;
4. Fumantes que tentaram parar anteriormente de fumar utilizando apenas da abordagem cognitiva comportamental e não obtiveram sucesso devido à Síndrome de Abstinência e
5. Não houver contra indicações clínicas^{38,56}.

Ressalta-se que o tratamento à base de medicamentos só deve ser utilizado como um apoio para a abordagem comportamental, tendo em vista que esta constitui o eixo do sucesso no tratamento dos tabagistas e para a reestruturação da vida do paciente^{57,58}.

Os consensos e as diretrizes apontam que o efeito do apoio psicológico associado ao uso da farmacoterapia de primeira linha (Terapia de Reposição de Nicotina – TRN, bupropiona e vareniclina) aumentam as chances de sucesso no tratamento de tabagistas⁵⁹⁻⁶¹.

A taxa de abstinência relatada nos ensaios clínicos após seis meses varia de 15% a 25%^{62,63} e a cessação com abstinência de duração de 1 ano ou mais com a utilização de intervenções psicossociais e farmacológicas, varia entre 20 a 25%^{43,64}. Especificamente, as taxas de sucesso após 12 meses são: 25% para a Vareniclina; 19,7% para a Bupropiona; e 18,9% para a TRN. Estas taxas, comparadas ao efeito placebo, são maiores, porém o seu efeito após 12 meses ainda é muito baixo⁶⁵.

Essa abstinência após 12 meses oscila de 20 a 30% com o uso de fármaco isoladamente, mas esse resultado pode ser superior quando associado a um programa de tratamento com base cognitivo-comportamental⁵⁵. Pesquisa realizada sugere que a abordagem intensiva no tratamento do fumante, aliada ao uso de adesivos, tem uma associação positiva com a cessação de fumar aos 12 meses após a intervenção⁶⁶.

Apesar da grande importância destes consensos no tratamento do tabagismo³⁴, eles não estão conseguindo atingir as taxas de sucesso terapêutico desejado, pois as taxas de sucesso dos ensaios clínicos são baixas⁶⁵ e as taxas de abandono do tratamento da dependência à

nicotina na população são altas, sendo que a maioria do abandono ocorre antes do início da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)⁶⁷⁻⁶⁹. Possivelmente, como o passar do tempo esta taxa será ainda maior, pois existe a tendência de aumentar as recaídas quanto maior for o tempo de acompanhamento dos pacientes analisados com determinada terapêutica empregada⁷⁰.

Muitos pacientes inscritos e avaliados nos programas de cessação abandonam o tratamento sem completar as reuniões da TCC necessárias e interrompem o uso dos medicamentos, sendo contabilizados em muitos estudos como fracasso ou recaídas⁷¹. Pacientes com dificuldades de adesão ao tratamento e que não pararam de fumar nas primeiras semanas têm mais chance de fracassar^{66,71,72}.

A questão do abandono do tratamento é um problema pouco estudado que deveria ser mais valorizado, pois cada paciente que desiste do programa e continua a fumar continuará sofrendo os danos diretos causados pelo tabaco e o impacto da morbimortalidade decorrente das doenças relacionadas ao consumo do tabaco (DRT). Além disso, gera um ônus econômico e social⁷³. O fumo causa um prejuízo anual de R\$ 338,6 milhões ao SUS⁷⁴.

Todas as formas de tratamentos existentes possuem alguns pontos falhos, e a ciência está na busca de novas abordagens para melhorar as taxas de sucesso dentro dos programas de cessação do tabagismo. Nesta pesquisa foi utilizada a abordagem específica/intensiva, que pontua que quanto maior a duração da abordagem, maior será a taxa de abstinência⁶³. Ainda existem algumas dúvidas na literatura sobre a efetividade da Terapia Cognitiva-Comportamental, pois nem todos fumantes se adaptam a esta terapia, porém é a abordagem psicológica mais empregada nos pacientes com dependência química.

2.5 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)

A Terapia Comportamental tem um passado amplo, porém uma história curta. Ao nome de terapia comportamental pode ser incluída qualquer uma das várias técnicas específicas que utilizam princípios psicológicos (especialmente de aprendizado) para mudar construtivamente o comportamento humano⁷⁵. O termo comportamento é compreendido amplamente para abranger respostas encobertas como as emoções e verbalizações internas quando podem ser claramente identificadas, e respostas evidentes⁷⁵.

Alguns autores ressaltam que a Terapia Comportamental é mais conhecida como um conjunto de técnicas do que um enfoque. Os terapeutas comportamentais têm um compromisso com a avaliação, a intervenção e os conceitos que se apoiam em algum tipo de

marco teórico de aprendizagem E-R (estímulo-resposta), imerso dentro da metodologia do aprendizado científico-comportamental⁷⁶.

Várias abordagens como “terapia cognitivo-comportamental”, “terapia-cognitiva”, “terapia de resolução de problemas”, “terapia racional-emotiva” (comportamental), “terapia cognitiva-interpessoal” e outros títulos associaram-se com uma ampla abordagem ao tratamento. Porém, três princípios são fundamentais e estão presentes em todos os tratamentos da terapia cognitiva-comportamental. Primeiramente a hipótese de acesso, ou seja, o conteúdo e processo de nossos pensamentos são passíveis de serem conhecidos e estão disponíveis à nossa consciência. Em seguida, a hipótese de mediação, que pontua que nossos pensamentos medeiam nossas respostas emocionais às variadas situações na vida. Sendo assim, nossas cognições/pensamentos influenciam nossos padrões comportamentais. Por último, a hipótese de mudança, pois tendo em vista os efeitos das hipóteses anteriores, podemos intencionalmente mudar a maneira como iremos responder aos acontecimentos diários⁷⁷.

Os primeiros escritos importantes com as diversas formas de terapia desenvolvida e as primeiras abordagens cognitivo-comportamentais começaram a surgir nos anos 1960 e 1970 com autores como Aaron Beck (1963, 1967 e 1979), Albert Ellis com a terapia racional-emotiva (1962), Bandura com a Teoria da Aprendizagem Social, Lazarus com a terapia multimodal (1966), Meichenbaum com a modificação cognitivo-comportamental (1973), Mahoney (1974) e outros⁷⁸.

A Terapia Cognitiva foi desenvolvida por Aaron T. Beck, psiquiatra com formação psicanalítica tradicional, no início da década de 60 na Filadélfia, como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada para o presente, com direcionamento à resolução de problemas atuais e visando modificar os pensamentos e comportamentos disfuncionais. Em resumo, este modelo propõe que o pensamento distorcido ou disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do paciente) seja comum a todos os distúrbios psicológicos. A avaliação realista e a modificação no pensamento produzem uma melhora no humor e no comportamento. A melhora duradoura será o resultado da modificação das crenças disfuncionais do paciente⁷⁹.

A terapia cognitiva parte da premissa que existe uma inter-relação entre cognição, emoção e comportamento no funcionamento normal do ser humano. Um determinado evento comum do cotidiano pode gerar diferentes formas de sentir e agir em pessoas diferentes, mas o que gera as emoções e os comportamentos não é o evento em si, mas o que nós pensamos sobre o evento, ou seja, nossas emoções e comportamentos estão totalmente influenciados pelo pensamento. “Nós sentimos o que pensamos”⁸⁰.

Existem três níveis de cognição na terapia cognitiva para Beck que são: o pensamento automático, as crenças intermediárias e as crenças centrais, conforme a Figura 1⁸¹:

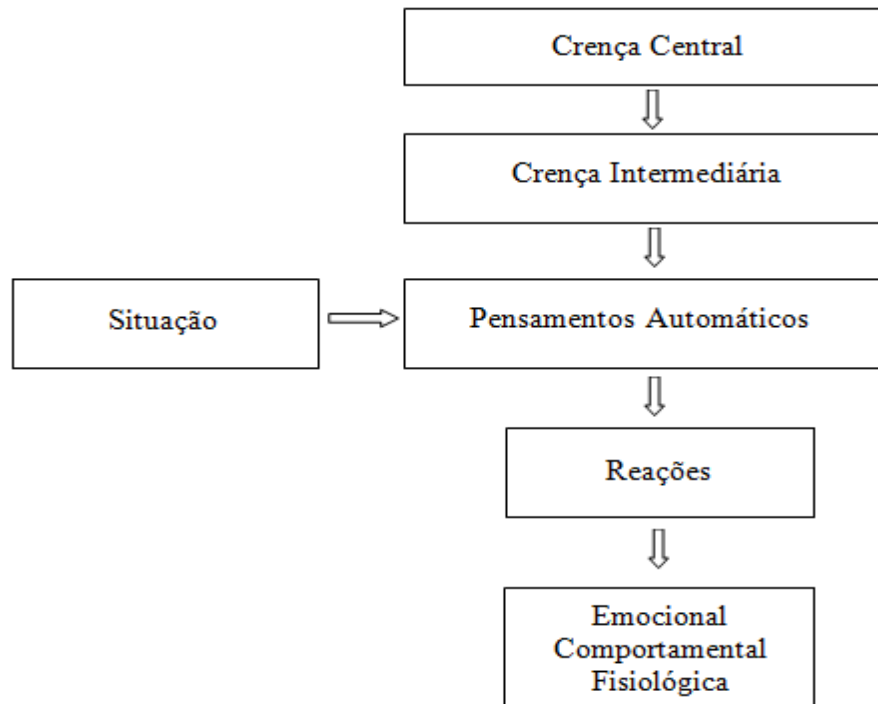


Figura 1 - Os três níveis de cognição de Beck na terapia cognitiva: o pensamento automático, as crenças intermediárias e as crenças centrais.

Os pensamentos automáticos são espontâneos e surgem em nossa mente a partir dos acontecimentos do cotidiano. Toda situação vivida desencadeia um pensamento automático, que pode surgir através de pensamentos ou de imagens. Esses pensamentos não são acessíveis à consciência, mas podem ser identificados e monitorados após treinamento adequado.

As crenças intermediárias são também chamadas de crenças subjacentes ou condicionais e referem-se ao segundo nível de pensamento que ocorre em forma de pressupostos, regras e crenças condicionais. Estas crenças refletem ideias mais enraizadas, mas que são mais fáceis de mudar do que as crenças centrais que são as ideias e percepções distorcidas consideradas pela pessoa como verdade absoluta e imutável e que ficam num nível mais profundo⁷⁹.

Algumas crenças disfuncionais relacionadas ao uso de substâncias psicoativas são observadas nos dependentes químicos (Eu não consigo me divertir se não consumir)⁸⁰ e as crenças envolvendo a baixa tolerância à frustração (Eu preciso ser o melhor)⁸². As crenças só são geradas depois de a dependência estar instalada e evoluem depois das crenças antecipatórias. Sendo assim, o tratamento da dependência química do tabaco consiste na

análise e modificação dos pensamentos automáticos e das crenças distorcidas que causam os comportamentos e as emoções disfuncionais⁸³.

Algumas técnicas usadas no tratamento com dependentes químicos, mais especificamente tabagistas, são oriundas das técnicas clássicas usadas nas “terapias cognitivo-comportamentais”, tais como o relaxamento, a dessensibilização sistemática, o treinamento assertivo, modelação, descatastrofização, procedimentos de autocontrole, treino de inoculação de “stress”, condicionamento aversivo e outras que têm como objetivo modificar cognições⁷⁵.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma importante intervenção psicológica para o tratamento da dependência em si, constituindo o eixo do sucesso no tratamento dos tabagistas⁴² e para a reestruturação da vida do paciente⁵⁸.

2.6 MODELO COGNITIVO PARA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Foi criado por Beck um modelo cognitivo do uso de substâncias também chamado de Modelo Cognitivo de Recaída⁸⁴, que visa compreender os fatores que contribuem para a manutenção do tabaco e para a tendência a recaídas, bem como identificar e definir as áreas às quais seja necessário intervir terapêuticamente, **Figura 2**⁸⁵.

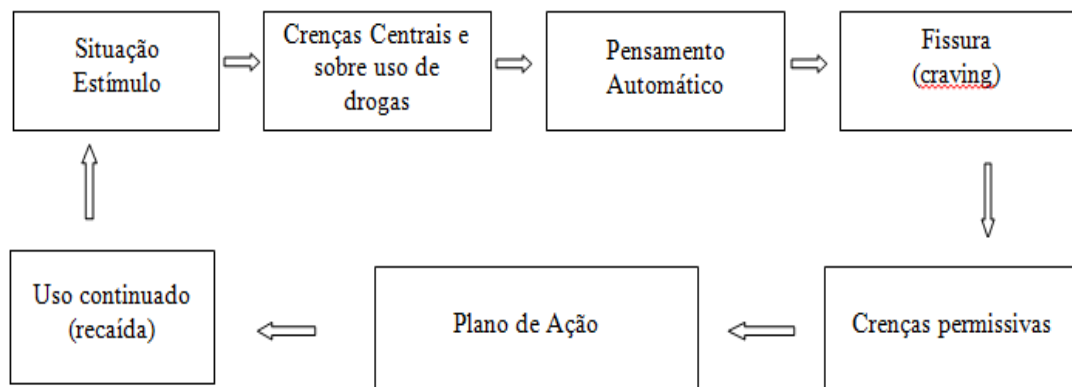


Figura 2 – Modelo Cognitivo de Recaída do Beck ou modelo cognitivo do uso de substâncias.

As oito fases para o autor acima citado são:

1. As situações que atuam como estímulos;
2. Os estímulos (internos ou externos) ativam as crenças centrais;
3. As crenças centrais levam ao surgimento dos pensamentos automáticos;
4. Os pensamentos automáticos desencadeiam sinais e sintomas fisiológicos reconhecidos como fissura (*craving*);

5. Surgimento de crenças permissivas/facilitadoras;
6. Regido pelo *craving* e autorizado pelas crenças facilitadoras, o indivíduo planeja e providencia o acesso à droga e inicia seu uso;
7. O uso origina uma situação contraditória que é o desejo de continuar o uso e o sentimento de culpa e fracasso (classicamente designado efeito de violação da abstinência – EVA) e
8. O desconforto psicológico ativa mais crenças disfuncionais e o uso da droga tem continuidade⁸⁵.

Os dependentes químicos apresentam algumas crenças que facilitam o uso de drogas e são chamadas de crenças adictivas e descritas em três categorias:

1. Crenças antecipatórias: a expectativa de que o uso da droga produzirá recompensa, gratificação ou prazer;
2. Crenças de alívio: a expectativa de que o uso da droga aliviará ou afastará algum desconforto ou sofrimento e
3. Crenças permissivas ou facilitadoras: consideram o uso da droga aceitável, apesar das consequências⁸⁵.

O indivíduo precisa aprender a analisar as suas crenças para modificá-la posteriormente. A Terapia Cognitiva-Comportamental trabalha modificando e atenuando as crenças adictivas e fortalecendo as de controle, bem como auxiliando a desenvolver novas crenças. Além disso, ensina o indivíduo a ser seu próprio terapeuta de forma a aprender a lidar com as dificuldades tendo as ferramentas necessárias ensinadas pelos profissionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

Fiore⁸⁶ pontua que no tratamento cognitivo-comportamental utilizam-se técnicas de treinamento de habilidades, de solução de problemas e apoio social. Esse trabalho é feito em grupo nas unidades de saúde. A terapia de grupo comportamental pode ser definida como:

Qualquer tentativa por parte de uma pessoa, ou pessoas, para modificar o comportamento de, pelo menos, duas ou mais pessoas que se reúnem como grupo, através da aplicação sistemática de procedimentos validados empiricamente, dentro de um marco que permita a coleta de dados relevantes para a avaliação do impacto desses procedimentos sobre os membros do grupo como indivíduos e sobre o grupo como um todo⁸⁷.

Os componentes do grupo adquirem experiência e ajudam-se mutuamente, aprendendo das tentativas exitosas (ou não) que os outros fazem para utilizar a teoria cognitiva e aprendem sobre seus próprios problemas, observando os demais membros do grupo a lutarem também⁸⁸.

Existem várias abordagens propostas pelo Ministério da Saúde para tratamento do fumante, tais como a Abordagem breve/mínima (PAAP), que consiste em perguntar, avaliar,

aconselhar e preparar; Abordagem básica (PAAPA), que se baseia em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que ele deixe de fumar; Abordagem específica/intensiva que é realizada em ambulatório específico para atender fumantes que querem deixar de fumar. Pode ser feita individualmente ou em grupo e diferencia-se das anteriores pela duração do contato a cada consulta. São divididas em quatro sessões semanais no primeiro mês e depois acompanhamento periódico: 15 dias, 30 dias, 60 dias, 90 dias, 180 dias e 12 meses³⁸.

A ação da TCC mais intensa pode ser a responsável por mudanças no comportamento dos fumantes, tendo papel fundamental no processo de cessação⁸⁹. Essa mesma conclusão foi constatada por outros autores que avaliaram a efetividade de tratamento da abordagem cognitiva comportamental⁹⁰⁻⁹².

Essa efetividade pode ser verificada pela evolução dos transtornos ao longo do processo de cessação. Estudo mostra que os níveis de motivação aumentaram no decorrer do processo nos grupos⁹³, com diminuição do nível de ansiedade feito com um único paciente⁹⁴ e com menor intensidade de depressão⁹⁵. Possivelmente a soma dos efeitos dos medicamentos, principalmente a bupropiona, que é um antidepressivo, junto com a TCC foram os responsáveis pelos efeitos encontrados. Nesse caso, o tratamento medicamentoso tem como função auxiliar a abordagem comportamental na fase em que os fumantes manifestam sintomas de síndrome de abstinência, pois facilita a abordagem do paciente, que vai sendo gradativamente estimulado e orientado a lidar com a dependência para tentar quebrar os condicionamentos das associações que fez com o cigarro^{38,96}.

Independentemente da abordagem e da linha psicológica utilizada com os pacientes percebe-se pelos relatos que o cigarro serve como um amuleto, um suporte nos momentos mais difíceis da vida do ser humano. Desta forma, conhecer os fatores dificultadores na cessação pode ajudar a abordar os pacientes de forma que eles tenham sucesso na sua tentativa de parar de fumar, pois sozinhos muitos não conseguem fazê-lo.

2.7 FATORES PREDITORES DE FRACASSO NA CESSAÇÃO

Sabe-se que existem diferentes perfis de fumantes, cada um deles com maior ou menor dificuldade de abandono da dependência. Muitos deles param de fumar espontaneamente, possivelmente induzidos ou convencidos pelas políticas públicas de combate ao tabagismo. Outros não conseguem parar mesmo usando algum tratamento farmacológico. Esses últimos fazem parte do grupo de fumantes que procuram os programas de cessação públicos ou

privados e geralmente são os mais dependentes, possuem maior carga tabágica, com várias tentativas fracassadas de abandono,⁹⁷ presença de comorbidades psiquiátricas (ansiedade, depressão, stress)^{98,99}, gênero masculino, faixa etária e baixo nível motivacional baixo dos pacientes que procuram tratamento da dependência^{34,60}. Assim, as características dos fumantes que procuram os serviços de saúde são diferentes daquelas da comunidade em geral e muitas delas pouco conhecidas¹⁰⁰.

O sucesso de um tratamento depende também da equipe de saúde responsável pelas orientações na cessação do tabagismo. Faz-se necessário conhecer profundamente todas as nuances que envolvem este processo, ter flexibilidade e usar de empatia com o paciente. Não é simplesmente disponibilizar a melhor medicação para o fumante, mas compreender toda a dinâmica do indivíduo dependente da nicotina e tratá-lo^{26,27,55}.

2.8 DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA

É interessante salientar que a dependência à nicotina é por si só uma enfermidade psiquiátrica. É uma doença cerebral complexa que se caracteriza por um *craving* compulsivo e por vezes incontrolável, seguido pela procura e pelo uso da droga³⁵.

A nicotina é a segunda droga com maior prevalência de autoadministração, perdendo somente para o álcool¹⁰¹, sendo um alcaloide vegetal, sintetizada nas raízes da planta do tabaco¹⁰². Além disso, depois de aspirada, atinge o cérebro em aproximadamente 9 segundos²⁹.

A avaliação da dependência nicotínica torna-se imprescindível para os fumantes em processo de cessação, pois dentre os fatores dificultadores deste processo o grau de dependência é determinante, tanto na tomada de decisão para deixar o cigarro, quanto para a manutenção do abandono^{34,103,104}.

Quanto maior o consumo diário de cigarros e a carga tabágica, maior é o grau de dependência nicotínica¹⁰⁵⁻¹¹⁰. A explicação para isso é que consumidores de 20 cigarros/dia são fumantes de alta intensidade¹⁰⁹, geralmente estão nicotino-dependentes e passíveis de fortes sintomas de abstinência durante o período de cessação⁹. O fumante nicotino-dependente tem forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância, dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo, um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, o que caracteriza a síndrome de abstinência³⁶.

Geralmente, o fumante pesado tem baixa motivação para parar de fumar, pois não consegue acreditar na sua capacidade de fazê-lo¹¹⁰. A taxa de recaída sem nenhuma intervenção é muito alta neste tipo de fumante^{54,111}. Quanto maior for a intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes durante a abstinência, maiores serão as chances de fracasso no processo de cessação, com ou sem tratamento específico^{9,28,112,113}, fazendo-se necessário acompanhamento profissional e uso de fármacos⁵.

O sucesso terapêutico está relacionado à superação do desequilíbrio entre a motivação do fumante em parar de fumar e o grau de sua dependência²⁸. Fumantes de consumo intenso podem apresentar menor motivação, pois têm menor confiança na sua habilidade/capacidade de enfrentar a síndrome de abstinência¹¹⁴, bem como fumantes leves/moderados podem ter baixa motivação por acreditarem que conseguem parar de fumar quando quiserem.

Outra variável que interfere neste processo são os transtornos psiquiátricos, merecendo explicitação.

2.9 TABAGISMO E OUTROS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

As características de personalidade do fumante ou algumas doenças psiquiátricas, como a ansiedade e a depressão, são fatores relacionados ao fracasso na cessação do tabagismo¹¹⁵.

A relação da ansiedade e/ou depressão com o tabagismo tem sido associada tanto com a adição propriamente dita, quanto aos fatores dificultadores no processo de cessação, bem como facilitadores de lapsos e recaídas¹¹⁶⁻¹²², após parar de fumar com ou sem tratamento farmacológico ou apoio psicológico^{120,123-126}. Indivíduos com ansiedade e depressão têm menores probabilidades de deixar de fumar ao final do tratamento, pois são os que apresentam maior grau de dependência¹²¹.

Quanto à ansiedade, esse tema é bastante controverso, pois alguns autores são enfáticos ao afirmar que a ansiedade não mostra relação direta com o tabagismo^{96,127,128}. Outros são categóricos em enfatizar que é bem definida a relação entre ambos^{111,121,129,130}, pontuando que depende do diagnóstico do tipo de transtorno ansioso^{99,119,131-133}. Além de afirmarem também a existência da relação entre o tabaco e consumo e/ou dependência de substâncias psicoativas como o álcool^{35,134-136}.

A incidência e a prevalência de doenças mentais são maiores nos fumantes do que no restante da população^{137,138}. Os estudos demonstram prevalência de tabagismo maior em pacientes psiquiátricos (50% a 84%) do que em controles (27% a 58%)¹³⁹. Aproximadamente

55% dos fumantes tem algum critério de desordem psiquiátrica e esses fumantes consomem uma quantidade desproporcional de cigarros¹³⁷. Pesquisas epidemiológicas mostram que pessoas com transtornos ansiosos são duas vezes mais propensas a fumar do que a população em geral, bem como que estes transtornos são mais comuns em fumantes do que não fumantes^{120,122,140}. Os transtornos de ansiedade têm uma frequência elevada entre os pacientes ambulatoriais (75%), sendo os mais frequentes a fobia específica e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Destes pacientes, ¼ são tabagistas, verificando uma importante associação entre tabagismo e TAG¹²⁸.

A ansiedade é a doença com maior frequência na psiquiatria (25% da população durante a vida), podendo ser definida como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos³⁵. A ansiedade faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo motivadora do desempenho. A linha que separa a ansiedade saudável da patológica é muito tênue, portanto a questão é definir quando essa passa a ser patológica, com sensações de medo sem ameaça real ou sendo desproporcional à situação que a originou¹⁴¹.

Pessoas ansiosas têm mais facilidade de iniciação ao tabagismo e também de tornarem-se dependentes¹⁴². Em parte isto é explicado pelo efeito da nicotina nos circuitos cerebrais ao diminuir a ansiedade e os afetos negativos¹⁴³, produzir euforia e outras sensações percebidas como prazerosas pelo fumante¹¹¹. As mudanças do humor são percebidas quando o fumante entra em abstinência, pois aquele aparente equilíbrio se perde, transformando-o em agitado, impaciente e sem conseguir concentração necessária para as suas atividades diárias¹⁴⁴.

Desta forma, fumantes com diagnóstico de ansiedade tendem a ter menor probabilidade de abstinência em longo prazo, comparados aos fumantes sem diagnósticos de ansiedade, precisando de acompanhamento ao longo do processo de cessação¹²². Entretanto, a ansiedade ao agir como uma automedicação perpetua o estado de ambivalência típica da dependência, o que dificulta ainda mais a cessação do tabagismo¹⁴⁵. Para os fumantes com sintomas de ansiedade social, o fumo é uma maneira de lidar com as emoções negativas¹⁴⁶.

Em relação à depressão, os fumantes têm duas vezes mais probabilidade de desenvolvê-la do que os não fumantes¹⁴⁷. Apesar do aumento nos últimos vinte anos do interesse na relação entre depressão e cessação do tabagismo, existem ainda poucas informações para orientar o tratamento dos fumantes com transtornos¹⁴⁸. Essa relação ainda está sendo investigada para determinar o verdadeiro sentido de causa-efeito entre o tabaco e a depressão, bem como o tratamento apropriado^{132,148,149}.

Os níveis de depressão estão associados com maior grau de dependência nicotínica^{121,150}. Entretanto, não foi encontrada associação entre a dependência nicotínica e a

depressão no gênero masculino^{103,151}, bem como a não associação entre gravidade do tabagismo e depressão entre pessoas do gênero masculino ou feminino¹³⁰.

A depressão inclui alguns transtornos mentais como a depressão maior, distímia, depressão bipolar e outros. Apesar da comorbidade entre tabagismo e depressão ter sido documentada, os mecanismos dessa associação são controversos, pois fatores biológicos, psicológicos e sociais podem estar se adicionando³⁵. Todavia, existe forte evidência de comorbidade entre tabagismo e transtornos depressivos. Pessoas que sofrem de depressão usam a nicotina para aliviar seus sintomas^{115,152}.

Os sintomas depressivos são fenomenologicamente heterogêneos e incluem tristeza, anedonia (perda da capacidade de sentir prazer), problemas de concentração, alterações no apetite ou no peso, alterações no sono, culpa excessiva entre outros^{153,154}. A sintomatologia depressiva é maior em fumantes com elevado grau de adição, bem como os que têm uma história de maior consumo acumulativo de cigarros. Outras pesquisas mostram que o tabagismo está associado com a depressão moderada a grave^{121,155}, relacionando o tabagismo à comorbidade psiquiátrica.

Quanto à depressão, há diferentes hipóteses acerca da natureza de sua associação com o tabagismo. O tabagismo poderia agir como "automedicação", alterando o humor e aliviando os sintomas depressivos¹⁵⁶. Há evidências que o uso de nicotina interfere nos sistemas neuroquímicos e estimula os circuitos neurais do sistema nervoso central, tais como mecanismos reforçadores associados à regulação de humor^{30,157,158}. Tem-se ainda a hipótese que, mais do que uma relação unidirecional, tabagismo e depressão podem se influenciar reciprocamente. Fumantes deprimidos podem fumar para aliviar seus sentimentos negativos e, por conseguinte, o tabagismo para esses indivíduos torna-se um reforçador positivo^{159,160}, levando o fumante a consumir maior quantidade de cigarros/dia e que pode potencialmente aumentar a dependência da nicotina^{144,161}.

Outra teoria explicativa que vem ganhando cada vez mais adeptos é que uma série de variáveis comuns (como fatores genéticos e psicossociais), contribuem para a expressão de ambos (tabagismo e depressão)^{117,162}. No fumante com sintomas depressivos em processo de cessação, sabe-se que a probabilidade de abandono do tabagismo é reduzida, com mais risco de recaídas durante o período de abstinência, em comparação a fumante sem o mesmo histórico^{34,163,164}. Além disso, esse fumante corre o risco de desenvolver episódio depressivo mais importante, necessitando muitas vezes de tratamento específico ou até mesmo da ajuda especializada no tratamento das doenças psiquiátricas¹⁴⁹.

O “stress” é também considerado um dos fatores mais frequentes de recaídas em 61,9% dos fumantes de uma amostra^{91,129}. A forte relação evidenciada em pesquisa entre o “stress” e fumo na população urbana de meia idade e negra sugere que o programa de cessação leve em consideração os fatores estressores da comunidade¹⁶⁵. Em situações de alto risco (stress) é mais provável que ocorra a recaída, dependendo da habilidade de enfrentamento do paciente, mediante a situação¹²⁹.

Existe uma associação entre “stress”, depressão e tabagismo, classificados como fatores extrínsecos, Além disso, a prevalência tabágica é superior nos pacientes com depressão ou “stress” frente à da população geral⁹.

Fumantes afirmam que o cigarro é relaxante e alivia o estresse, sendo relatado como um dos principais motivos pelos quais as pessoas fumam e considerado verdadeiro anestésico dos sentimentos e conflitos emocionais^{31,166}. Paradoxalmente, apesar dos fumantes relatarem que o tabagismo ajuda no relaxamento individual, o nível de estresse dos fumantes é maior, quando comparado com não fumantes. Além disso, a dependência da nicotina aumenta o estresse, sendo que o efeito relaxante aparente de fumar é rápido e fugaz, refletindo apenas o nível da droga circulante. Logo após, com a metabolização da nicotina, a tensão e a irritabilidade instalam-se no fumante e ele sente a necessidade de voltar a consumir a droga para ficar relaxado^{167,168}. Todavia, mesmo com os níveis de estresse aumentando no período inicial do processo de cessação, após 14 dias de abstinência o ex- fumante torna-se menos estressado¹⁶⁹.

Percebe-se que 5 (cinco) mitos vêm contribuindo para o uso continuado do tabaco em pessoas com problemas mentais, sendo:

1. O tabaco é uma automedicação necessária para o doente mental. A indústria do tabaco fomentou essa crença, porém a autora salienta que o tabaco é um problema a mais e não uma solução;
2. Pessoas com doenças mentais não tem interesse em parar de fumar. Entretanto, na prática este dado diverge da realidade, pois muitos pacientes que procuraram o programa de cessação de tabagismo tinham transtornos mentais e demonstravam interesse em abandonar o cigarro;
3. Pacientes doentes mentalmente não podem parar de fumar. Apesar do tratamento da dependência do tabaco ser um desafio, pesquisas mostram que fumantes com doenças mentais têm possibilidades de conseguir sucesso na cessação;
4. Parar de fumar interfere na recuperação de uma doença mental, com a retirada de uma importante estratégia de enfrentamento e decompensação da saúde mental;

5. Tabagismo é a menor preocupação para os pacientes com sintomas psiquiátricos agudos. Ainda pessoas com desordens são mais propensas a morrer por doenças tabaco relacionadas do que por doença mental¹⁷⁰.

Alguns transtornos mentais são fatores de risco para a dependência da nicotina, e vice-versa, podendo constituir uma comorbidade. Comorbidade é a existência no mesmo indivíduo simultaneamente, de duas condições mórbidas, sem preocupação em saber qual se origina primeiro³⁵.

A associação entre comorbidades psiquiátricas e tabagismo pode ocorrer de três maneiras:

1. A comorbidade precede no tempo o início do tabagismo;
2. O tabagismo precede os problemas psiquiátricos e
3. Ambos os transtornos ocorrem na mesma época na vida dos indivíduos³⁵.

A presença de comorbidades psiquiátricas no tabagismo é confirmada em pesquisa, sendo que os transtornos de humor, de ansiedade, esquizofrenia e por uso de substâncias psicoativas são os mais comumente encontrados¹⁷¹.

Sendo assim, independentemente de qual patologia o indivíduo é acometido, é preciso considerar e compreender todo esse processo, identificando possíveis variáveis que possam predispor às recaídas e ao fracasso do tratamento, como no caso do gênero.

2.10 GÊNERO

Para alguns autores o gênero não tem associação ao grau de dependência avaliado pelo Teste de Fagerström^{106,128,130,172}. Outros consideram que ser do gênero masculino é uma das variáveis consideradas como preditoras de maior dependência, com homens apresentando maior dependência do que mulheres^{108,173}. Os homens ainda apresentam maior prevalência do tabagismo (14,44%)¹⁷⁴⁻¹⁷⁷ apesar da queda de 28% nos últimos oito anos da parcela da população brasileira fumante acima de 18 anos¹⁷⁸.

É fato que a maioria dos fumantes que procuram os programas de tratamento da dependência à nicotina pertence ao gênero feminino^{66,97,119,179,180}. Possivelmente esta predominância do gênero feminino em procurar ajuda e permanecer nos programas se deve, em grande parte, pela maior preocupação da mulher com a própria saúde, pois há diferença no cuidado da saúde de acordo com o gênero, as mulheres vivem mais e utilizam os serviços de saúde mais frequentemente do que os homens^{181,182}.

O gênero feminino apresenta outros fatores importantes com maior intensidade como dificultadores da cessação do tabagismo que são: ter mais distúrbios de humor, síndrome de abstinência mais marcante, o metabolismo da nicotina é mais lento, o ganho de peso com a cessação é mais preocupante^{97,183-186}.

Além do gênero, uma variável sociodemográfica que pode ser identificada como dificultadora neste processo é a faixa etária.

2.11 FAIXA ETÁRIA

Variável importante e polêmica no abandono dos programas e no fracasso da cessação é a faixa etária. Espera-se que fumantes mais idosos e com maior tempo de tabagismo possam ter mais dificuldades na cessação, seja pelo seu temor de fracasso, seja pela dificuldade de se imaginar sem o cigarro, coadunando com alguns estudos^{91,96}.

Mas observa-se que eles abandonam menos o tratamento. Apesar da ambivalência (se sentem incapazes de parar de fumar, mesmo sabendo da necessidade), os mais velhos buscam apoio e acolhimento, sugerindo que a decisão de procurar ajuda se dá num momento de maior maturidade, quando há conscientização dos riscos potenciais à saúde que o tabagismo acarreta^{10,186,187}. Existe, portanto o viés da sobrevivência¹⁸⁸, pois após 30 a 50 anos depois da iniciação concentram-se as mortes oriundas do tabaco¹⁰.

Entretanto, os mais jovens (20-39 anos) também podem ter dificuldades na cessação. Esse dado, aparentemente paradoxal, pode ter uma explicação plausível. Talvez ao fumar por pouco tempo, o tabagista ainda não se sinta “doente” e acha que os efeitos deletérios do tabagismo poderão demorar a aparecer, tendo ainda tempo para decidir quando parar em definitivo¹⁸⁵. Ou talvez lhe falte maturidade e a consciência de que independentemente do tempo de fumo o cigarro pode trazer riscos à sua saúde^{186,189}.

Os jovens acreditam que os seus problemas não estão relacionados às drogas e que tudo passará, bem como que nada de ruim lhes acontecerá¹⁹⁰. Sendo assim, faz-se necessário rever a forma de abordar esses pacientes com a finalidade de conseguir maior adesão ao tratamento. Talvez não abordar somente as doenças tabaco-relacionadas, pois estas ainda não estão presentes e eles nem visualizam esta realidade. Uma opção seria trabalhar sobre os malefícios estéticos oriundos do uso crônico da nicotina (dentição, pele, odor), tentando sensibilizar e motivar aqueles jovens que são preocupados com a sua imagem/aparência^{191,192}.

Além disso, estudo com usuários de drogas lícitas e ilícitas relata que quanto menor a idade do usuário, menores as chances de permanência no tratamento¹⁹³.

Pesquisa recente mostrou que o uso de cigarros diários aumentou entre os indivíduos nascidos após 1964 e diminuiu entre aqueles nascidos antes de 1955. A análise por faixa etária mostrou que a população remanescente de fumantes com menos de 65 anos reduziu o uso de cigarros entre 1989 e 2008, sugerindo uma mudança temporal no consumo de cigarros na maioria dos grupos etários¹⁹⁴.

A variabilidade no sucesso e na adesão ao tratamento de jovens em dependência química relaciona-se a variáveis como a gravidade da dependência e a motivação para a mudança do comportamento, dentre outros¹⁹⁵. A questão é como motivar e sensibilizar estes jovens a aderirem aos programas, principalmente os que têm uma ocupação.

2.12 OCUPAÇÃO

O abandono é também predominante nos participantes que estão trabalhando^{97,186} e sendo o gênero masculino a maior força de trabalho, possivelmente os compromissos profissionais estariam dificultando o comparecimento às consultas agendadas¹⁸⁶. Talvez esta questão esteja relacionada aos períodos (matutino/vespertino) em que as consultas de controle e as sessões do programa acontecem, ou seja, horário em que muitos pacientes têm os seus compromissos profissionais, o que pode impossibilitar o comparecimento e influenciar significativamente no abandono. A questão é se a maior flexibilidade de horários, com atendimentos no período noturno e/ou final de semana, poderia influenciar essa variável. Por outro lado, é importante lembrar que as maiores taxas de prevalência do tabagismo encontram-se entre aqueles com menor nível de escolaridade e ocupam atividades com maior esforço braçal, justamente os que têm dificuldades de manter-se num longo tratamento¹⁹⁶.

O repertório de argumentos para encorajar o paciente a mudar de estágio motivacional em relação à cessação deve ser amplo e atualizado¹⁹⁷. A permanência em um tratamento duradouro é mais fácil quando os pacientes encontram-se motivados.

2.13 GRAU DE MOTIVAÇÃO

A motivação é considerada a pedra angular entre o sucesso e o fracasso dos fumantes em processo de cessação. Ela pode ser definida como um estado interno consciente ou inconsciente que incentiva o indivíduo para o ato;¹⁹⁸ ou pode ser vista como um traço ou estado de prontidão ou de avidez para a mudança que pode alternar de um momento para o outro ou de uma situação para a outra¹⁹⁹.

O nível motivacional do indivíduo interfere totalmente na eficácia do tratamento. Os transtornos aditivos são considerados como “essencialmente problemas motivacionais”^{185,200,201}. Em relação a isso, é importante esclarecer que o fato do paciente procurar ajuda num centro especializado não significa que ele esteja com alta motivação para parar de fumar²⁰². Os fumantes têm comportamentos ambivalentes, ao mesmo tempo em que desejam parar de fumar, têm dificuldades em enfrentar a síndrome de abstinência e desistem da ideia de ficar sem o cigarro²⁰³. Essa ambivalência está relacionada à existência de valências emocionais positivas e negativas ocorrendo simultaneamente em relação ao mesmo objeto⁴² e necessita ser trabalhada pelos profissionais de saúde, com estratégias focadas no estado de pré-contemplação e contemplação²⁰⁴, pois fumantes com baixa motivação têm maiores chances de fracasso quando comparados aos com alta motivação^{45,202} e aderindo menos aos programas²⁰⁵.

As etapas do modelo transteórico de prontidão para mudança, de acordo com Prochaska, Diclemente e Norcross²⁰⁶, são:

1. Pré-Contemplação: Nesta fase quase não se percebe intenção de mudar o comportamento-problema e, geralmente o indivíduo tende a negar a existência de um problema, sendo a negação uma das grandes características dos pré-contempladores. Nas pessoas nesta fase observa-se que algumas tentativas para parar de fumar já foram realizadas sem sucesso, o que corrobora para acreditarem que não terão êxito novamente;
2. Contemplação: o indivíduo admite ter um problema e cogita a possibilidade de mudança. Porém possui como característica uma forte ambivalência como vontade de mudar e simultaneamente momentos de dúvida;
3. Determinação ou Preparação: Aqui o indivíduo está pronto para tentar a mudança de comportamento, começando a instituir pequenas mudanças comportamentais no seu cotidiano;
4. Ação: Nesta fase o indivíduo inicia a modificação de seus comportamentos-problema, sendo a fase que mais requer energia do paciente, pois as mudanças são visíveis;

5. Manutenção: Fase desafiadora, pois consiste em integrar o novo comportamento à vida, empreendendo medidas para evitar o retorno ao comportamento anterior, tentando prevenir a recaída.

O fumante motivado que se encontra na fase de preparação ou de ação está aberto para realizar mudanças no comportamento, bem como tomar as atitudes necessárias para tal fim e aceita discutir e escolher estratégias para que o processo tenha sucesso²⁰⁷. Este nível de motivação para parar de fumar favorece a permanência no grupo de tratamento, ao passo que aqueles com baixo nível motivacional (Pré-contemplação ou contemplação) tendem ao abandono do tratamento^{208,209}.

Mudar um comportamento é um processo difícil de conseguir e mais ainda de se manter²¹⁰. Quando a pessoa não está convencida de que pode mudar, não terá motivação suficiente para dar início a esse processo, exceto se houver pressões externas fortes, como doença e outros²¹¹. A motivação para mudança é multifatorial e acontece de maneira diferenciada para cada ser humano em dado momento da sua história de vida²¹². A prontidão para a mudança de estágios nos quais o paciente transita é designada de modelo transteórico de Prochaska e DiClemente²¹³, que parte da premissa de que esses estágios são flexíveis e a mudança do comportamento é um processo onde os pacientes têm diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar²¹⁴. Este modelo foca a mudança intencional e parte do pressuposto de que a mudança comportamental ocorre ao longo desse processo^{42,215,216}.

Sendo assim, a motivação pode ser entendida, numa visão abrangente, não como algo que a pessoa “tem ou não tem”, mas como algo que o paciente pode fazer, existindo várias maneiras de ajudá-lo a se mover em direção ao reconhecimento do seu problema e propor uma ação para a mudança²¹⁴. Desta forma, torna-se imperioso conhecer o estágio motivacional do fumante para poder trabalhar as intervenções⁴² terapêuticas individuais. As escalas de motivação têm ajudado na identificação deste estágio²¹⁷, pois facilitam a inserção do tabagista no tratamento no momento adequado em relação ao grau de motivação. Além disso, os profissionais podem ter influência significativa sobre a motivação dos pacientes^{210,218}, usando dos reforços motivacionais e de outras técnicas, como a Entrevista Motivacional (EM), que favoreçam a adesão ao programa e as chances de sucesso⁵⁴.

2.14 ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A técnica de Entrevista Motivacional (EM) ou Motivational Enhancement Therapy (MET)²¹⁹ é uma técnica simples e de custo baixo. Método centrado no paciente, consiste em

ajudá-lo a reconhecer seus problemas atuais, bem como trabalhar a ambivalência diante da mudança comportamental, de forma a tentar estimular o comprometimento para a realização dessa mudança²²⁰.

A EM baseia-se em dois conceitos: “construto de ambivalência e conflito entre indulgência e limite” encontrados nos comportamentos aditivos²¹⁹.

A intervenção motivacional breve (IMB) ou IB (Intervenção Breve) tem funcionalidade por ser uma forma de atendimento concisa, baseada na EM, objetivando mudança comportamental do paciente²¹⁹.

É importante explicitar que a EM é considerada uma etapa inicial do tratamento, seguida da terapia cognitiva-comportamental (TCC)²²¹. Além disso, ela não é igual à TCC e nem faz parte desta, pois não ensina novas habilidades, não psicoeduca ou realiza resestruturação cognitiva como a TCC. O papel da EM é estimular, orientar para a mudança com base mais humanista do que comportamental ou TCC^{221,222}.

Existem cinco princípios fundamentais, nos quais a atuação do terapeuta deve se basear para conduzir uma IMB e ajudar o paciente, que são: em primeiro lugar, usar de empatia, que é a habilidade da escuta ativa, demonstrando ao paciente que o terapeuta o aceita como ele é e está naquele local para ajudá-lo a lidar com a sua ambivalência. Em segundo lugar, desenvolver a discrepância, que significa trabalhar com o paciente evidenciando que o fato de procurar ajuda não significa que ele encontra-se preparado para realizar as mudanças, demonstrando o percurso existente entre como o paciente está no momento até onde ele quer chegar. Em sequência, evitar argumentação, de forma a não permitir o aumento da resistência do paciente ao tratamento. A posteriori, aprender a lidar com a resistência, que é estimular o fumante a perceber que deve buscar soluções para o seu problema sem fazer oposição direta, sabendo reconhecer o seu momento. Finalmente a autoeficácia, que diz respeito à percepção que o indivíduo tem da sua capacidade de conseguir alcançar os seus objetivos quando buscou o tratamento. A percepção que a pessoa tem sobre si mesmo nesse aspecto poderá ser altamente motivadora²¹⁹. A autoeficácia tem um papel importante no processo de motivação para mudança, sendo considerado um bom fator preditivo do sucesso do tratamento²²³.

A IMB possui seis elementos que devem ser trabalhados durante esse processo e são identificados pela sigla FRAMES, cujas letras significam Feedback (retroalimentação, realizada frequentemente através da devolutiva dos instrumentos); Responsibility (responsabilidade do paciente nas decisões e compromisso com mudanças), Advice (recomendações diretas como obter a mudança, preservando as decisões do paciente), Menu

(alternativas de opções de escolha a serem implementadas pelo próprio paciente), Empathy (modo empático e compreensivo que o profissional deve ter) e Self-efficacy (autoeficácia – o paciente acreditar na própria capacidade de mudança)^{219,220,224}.

Esses elementos estão em consonância com o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT), que tem como principal pressuposto que as automudanças bem sucedidas estão relacionadas à aplicação de estratégias certas (processos) na hora certa (estágios)^{203,213}.

Entretanto trabalhar com entrevista motivacional exige treinamento especializado aos profissionais de saúde, pois o seu sucesso depende do estilo de quem a aplica e pode interferir diretamente no tratamento²²¹. Outra estratégia seria o acolhimento mais próximo do fumante, incentivando-o a cada instante, mostrando que é possível viver sem fumar e de forma muito mais saudável. Caso seja necessário, que seja feito contato pessoalmente ou telefonando para aqueles que faltaram às sessões da TCC ou da consulta de controle do tratamento²⁰.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores associados à cessação do tabagismo nas unidades de saúde que tem o Programa de Cessação do Tabagismo, no município de Cuiabá/MT.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os tabagistas segundo as variáveis sociodemográficas, status do tabagismo, grau de motivação, estresse, níveis de ansiedade e depressão e verificar a associação destas com o fracasso na cessação;
- Avaliar a associação do grau de dependência da nicotina com as variáveis sociodemográficas, status do tabagismo e níveis de ansiedade e depressão;
- Confrontar as características sociodemográficas, status do tabagismo e grau de motivação entre fumantes que abandonaram ou não o programa de cessação do tabagismo e analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e o abandono do tratamento;
- Comparar as mudanças nos níveis de ansiedade, depressão, motivação e estresse em pacientes do programa de cessação de Tabagismo em Cuiabá, MT.

4. MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de coorte também conhecido como estudo longitudinal ou de seguimento realizado no período de maio 2012 a agosto de 2013 na cidade de Cuiabá, MT, analisando pacientes tabagistas inscritos nos Programas de Cessação do Tabagismo. Inicialmente foi pensado em avaliar as mudanças de comportamento dos pacientes ao longo do processo de cessação (objetivo 4). Entretanto no desenvolvimento do trabalho de coleta de dados percebeu-se um número elevado de pacientes que abandonavam o Programa durante as sessões iniciais, então foi decidido identificar os fatores responsáveis pela não aderência ao programa (objetivo 3). Com o desenvolver e análise dos dados verificou-se a possibilidade de realizar estudos transversais aninhados à coorte para atender aos objetivos específicos deste estudo (1 e 2).

4.2 POPULAÇÃO

Todos os fumantes que buscaram ajuda e/ou solicitaram encaminhamento médico para tratamento nas quatro unidades de saúde que tem em funcionamento o programa de controle do tabagismo pelo Sistema Único de Saúde (Centro de Saúde do Campo Velho, Policlínica do Coxipó, Policlínica do Planalto e Hospital Universitário Júlio Müller). Esses foram matriculados na fase inicial do programa de cessação para atendimento ao fumante durante o ano de 2012 e foram convidados para participar deste estudo. Aqueles que concordaram, após todos os procedimentos éticos, tiveram suas fichas de pesquisa numeradas sucessivamente e constituíram a população do presente estudo.

4.3 AMOSTRA

Nesta pesquisa o tamanho da população de tabagistas (N) era desconhecido, bem como a proporção de tabagistas que conseguiria abandonar o cigarro no município de Cuiabá durante a coleta de dados. Assim para determinar o tamanho de amostra aproximado (n) foi utilizada a seguinte expressão:²²⁵⁻²²⁷

$$n = \frac{(z_{\alpha/2})^2 p(1-p)}{d^2}$$

Na presente pesquisa, considerou-se:

- Coeficiente de confiança de 95%, isto é, $Z_{\alpha/2}=1,96$;
- Erro de amostragem de 7,00% ($d = 0,07$), indicando que a distância entre a estimativa da amostra e o parâmetro populacional não deveria exceder esse valor;
- Proporção de 0,5 ($p = 0,5$), este valor foi adotado devido a que se desconhecia a prevalência do desfecho e também por este valor proporcionar uma maior variância, e a mesma possibilita à obtenção de uma amostra com maior tamanho, para uma determinada precisão fixada²²⁸.

Assim, utilizando a expressão (1) o tamanho da amostra obtido foi de 196 participantes. Considerando-se uma porcentagem de perdas de 10%, o número final da amostra foi de 216 indivíduos.

Desta forma, todos os pacientes matriculados nos programas de cessação do tabagismo a partir de maio de 2012 fizeram parte deste estudo e a coleta foi encerrada quando foi atingido o número de pacientes necessário para a amostra.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

O critério de inclusão foi ser fumante, acima de 18 anos de idade e ter o desejo de parar de fumar, matriculado na fase inicial do programa de cessação.

Foram excluídos deste estudo os participantes que eram dependentes de outras substâncias psicoativas, exceto a cafeína, adolescentes, mulheres gestantes e nutrizes.

A exclusão dos participantes dependentes de outras substâncias psicoativas, exceto a cafeína deve-se ao fato do uso poder interferir no tratamento. Os adolescentes, as gestantes e nutrizes foram excluídos, pois não existem estudos que comprovem a segurança da medicação nestes pacientes e que gestantes/nutrizes devem ser orientadas a parar sem medicação³⁴.

4.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Todos os fumantes selecionados foram entrevistados individualmente e aplicados os instrumentos escolhidos para a coleta de dados. Nesta pesquisa foram utilizados sete instrumentos e um aparelho de medição:

1. Questionário perfil sociodemográfico;
2. Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND);
3. CAGE (sigla em inglês, que se refere as palavras como Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener) elaborado para detectar suspeita de alcoolismo;
4. University of Rhode Island Change Assesment (URICA);
5. Beck Anxiety Inventory (BAI)- Inventário de Ansiedade de Beck;
6. Beck Depression Inventory (BDI) - Inventário de Depressão de Beck;
7. Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL);
8. Monoxímetro, aparelho para mensurar os níveis de Monóxido de Carbono (CO) e Carboxihemoglobina (COHB), explicitados abaixo:

4.5.1 Questionário Perfil Sociodemográfico

O primeiro instrumento aplicado foi o questionário perfil sociodemográfico (Apêndice A), especificamente elaborado para esta pesquisa, que foi construído baseado no modelo de questionário referência do INCA/MS (Anexo A) e contém 3 partes. Parte I – identificação e dados sociodemográficos-demográficos, com as seguintes variáveis: gênero, idade, estado civil, profissão, escolaridade e renda familiar. Parte II – status do tabagismo (refere-se às variáveis: tempo de tabagismo, idade de início, número de cigarros fumados/dia, motivo de iniciação tabágica, carga tabágica, número de tentativas parar de fumar, razões para continuar fumando. Parte III – doenças associadas (inclusive transtorno psiquiátrico prévio), presença de sinais e sintomas clínicos e uso de medicamentos.

4.5.2 Fagerström Tolerance of Nicotine Dependence – FTND

A Fagerström Tolerance of Nicotine Dependence (FTND) ou Escala de Fagerström de Nicotino-Dependência (Anexo B) – é um questionário autoaplicável que contém 6 itens e que mostra o grau de dependência do indivíduo em relação à nicotina nos níveis: muito baixo (0 a

2 pontos), baixo (3 a 4 pontos), moderado (5 pontos), elevado (6 a 7 pontos) e muito elevado (8 a 10 pontos)²²⁹.

É importante ressaltar que cada pergunta do Fagerström tem um objetivo, sendo as perguntas de número 1 e 4 as de maior peso, contribuindo cada uma com até 3 pontos do total de 10, pois é possível verificar quanto tempo após acordar o paciente demora para acender o primeiro cigarro e quantos cigarros ele fuma por dia. A segunda pergunta analisa o comportamento do fumante em lugares públicos, se o mesmo consegue ficar um período maior sem fumar e assim como as demais perguntas 3,5 e 6 tem peso 1. A terceira pergunta serve como indicador comportamental indicando qual cigarro traz maior satisfação. Com a quinta é possível verificar se o fumante fuma mais pela manhã, inclusive pela necessidade de restaurar os níveis de nicotina no sangue e a pergunta de número 6 ao questionar sobre o hábito de fumar mesmo quando doente revela também um indicador de dependência nicotínica²³⁰.

Esse questionário é validado, tem fácil entendimento e rápida aplicação e vem sendo amplamente utilizado com o objetivo de avaliar a gravidade da dependência nos fumantes adultos. A FTND foi desenvolvida por Karl-Olov Fagerström no final da década de 1970²³¹, com readaptação em 1991²³², visando maior consistência interna. No Brasil foi validado por Carmo e Pueyo²³³.

4.5.3 Cage

Este instrumento é utilizado como screening para abuso ou dependência do álcool, onde duas ou mais respostas afirmativas indicam suspeição de alcoolismo. A sensibilidade oscila entre 43% a 100% e a especificidade, de 68% a 96%, dependendo do tipo de amostra estudada^{234,235}.

O CAGE foi desenvolvido por Mayfield, Mcleod e Hall²³⁶ (1974) e validado no Brasil por Masur e Monteiro em 1983²³⁷. O acrônimo CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener) refere-se às quatro perguntas em inglês que significam:

1. Alguma vez o (a) senhor (a) sentiu que deveria diminuir ou cortar “Cut down” a quantidade de bebida?
2. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam “Annoyed” o seu modo de tomar bebida alcoólica?
3. Você já se sentiu culpado “Guilty” por causa do seu jeito de beber?

4. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca “Eye-opener”? (Anexo C).

Este questionário foi usado com todos os participantes do estudo no momento da entrevista inicial após a aplicação do questionário de perfil sociodemográfico e do Fagerström.

4.5.4 University of Rhode Island Change Assessment – URICA

Visando a obtenção do estágio de mudança comportamental, foi utilizado o URICA (University of Rhode Island Change Assessment), versão reduzida, que avalia o estágio motivacional (Pré-Contemplanção, Contemplanção, Preparação e Ação) em relação ao comportamento de usar drogas²³⁸. Instrumento cujo alfa de Cronbach tem valores variando entre 80 a 84²³⁹ e 74 a 89²⁴⁰.

O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTMC) baseado nos estágios do americano James O. Prochaska foi validado e padronizado para a população brasileira para drogas ilícitas com transcrição para o tabaco²¹⁶.

Inicialmente foram idealizados quatro estágios que são: Pré-Contemplanção, Contemplanção, Ação e Manutenção²⁴¹. A posteriori, foi incluído um novo estágio (que passou a ser o terceiro) designado preparação ou determinação, ficando com cinco estágios totais²⁰³.

As etapas do modelo transteórico de prontidão para mudança, são Pré-Contemplanção, Contemplanção, Determinação ou Preparação, Ação e Manutenção²⁰⁶. Esses estágios no processo de mudança podem ser seguidos por uma recaída ou pela abstinência definitiva²⁴².

Os pacientes que estavam na fase de pré-contemplanção foram estimulados a refletir e se preocupar com o tabagismo, de forma a pensar na possibilidade de conseguir parar de fumar. Isto foi feito pela própria pesquisadora durante as sessões de grupo realizadas com os pacientes que participaram desta pesquisa.

Nesta pesquisa, foi utilizada a forma reduzida para avaliação dos estágios de padrões de mudança dos pacientes, que é composto de 4 perguntas, onde cada uma delas contemplam uma fase: pré-contemplanção, contemplanção, preparação e ação respectivamente.

4.5.5 Beck Anxiety Inventory (BAI) – Inventário de Ansiedade de Beck

O quinto instrumento aplicado serviu para avaliar o nível de ansiedade dos fumantes estudados. Foi utilizado o Beck Anxiety Inventory – BAI²⁴³, que é uma escala que foi

desenvolvida por Beck para avaliar a ansiedade tanto em pacientes psiquiátricos como na população em geral, sendo validada para a população brasileira por Cunha²⁴⁴ em 2001.

As estimativas de fidedignidade do BAI, fundamentadas no alfa de Cronbach (α), demonstraram valores que alternaram entre 0,75 a 0,92 em amostra médico-clínica²⁴⁵.

O questionário consiste de uma escala de autorrelato com 21 sintomas comuns de ansiedade, onde o paciente deve manifestar como se sentiu na última semana (incluindo o dia da consulta), assinalando uma das quatro opções de respostas que são: Absolutamente não, Levemente (não me incomodou muito), Moderadamente (foi muito desagradável, mas pude suportar) e Gravemente (dificilmente pude suportar), indicando graus crescentes de gravidade de ansiedade.

Os itens são: 1) Dormência ou formigamento; 2) Sensação de Calor; 3) Tremores nas pernas; 4) Incapaz de relaxar; 5) Medo que aconteça o pior; 6) Atordoado ou tonto; 7). Palpitação ou aceleração do coração; 8) Sem equilíbrio; 9) Aterrorizado; 10) Nervoso; 11) Sensação de sufocação; 12) Tremores nas mãos; 13) Trêmulo; 14) Medo de perder o controle; 15) Dificuldade de respirar; 16) Medo de morrer; 17) Assustado; 18) Indigestão ou desconforto no abdômen; 19) Sensação de desmaio; 20) Rosto afoqueado; 21) Suor (não devido ao calor)²⁴⁶.

A pontuação dos sintomas varia entre 0 a 63, mediante a soma dos escores individuais dos sintomas acima citado e os resultados podem ser: mínimo (0-10), leve (11-19), moderada (20-30) e grave (31-63). Para fins de análise, a amostra foi dicotomizada: de 0 a 19 foi caracterizada como mínima e/ou leve e ≥ 20 foi considerada como moderada a grave.

4.5.6 Beck Depression Inventory (BDI) – Inventário de Depressão de Beck

Para avaliar sintomas de depressão foi aplicado o Beck Depression Inventory- BDI²⁴⁷, também validado para o Brasil por Cunha²⁴⁴. O questionário consiste em 21 grupos de afirmações de escolha forçada, onde o paciente deve assinalar, em uma escala crescente de 0 a 3, como se sentiu na última semana, incluindo o dia da avaliação (consulta).

A média dos Coeficientes Alfa de Cronbach (α) foi de 0,86 para amostras psiquiátricas e 0,81 em amostras não psiquiátricas²⁴⁸.

Os 21 itens do BDI são: 1) Tristeza; 2) Pessimismo; 3) Sentimento de Fracasso; 4) Insatisfação; 5) Culpa; 6) Punição; 7) Autoaversão; 8) Autoacusações; 9) Ideias suicidas; 10) Choro; 11) Irritabilidade; 12) Retraimento Social; 13) Indecisão; 14) Mudança na autoimagem; 15) Dificuldade de Trabalhar; 16) Insônia; 17) Fatigabilidade; 18) Perda de

apetite; 19) Perda de peso; 20) Preocupações somáticas e 21) Perda da libido. Na tradução para o português, o conteúdo se manteve idêntico²⁴⁸.

Apesar dos dois instrumentos de Beck serem autoadministrados, a pesquisadora optou por aplicar os instrumentos visando evitar dúvidas e/ou preenchimento incorreto.

A avaliação do BDI categoriza os participantes em quatro níveis: mínimo, que corresponde à ausência de depressão, com escore variando entre 0 a 11; depressão leve, com escore variando entre 12 a 19; depressão moderada, com escore entre 20 a 35 e depressão grave, com escore entre 36 a 63.

Nesta pesquisa, a amostra foi dicotomizada, de 0 a 19 sendo designada como mínima e/leve e acima deste ponto considerada como moderada a grave.

4.5.7 Inventário de Sintomas de Stress de Lipp – ISSL

Por último, para verificar sintomas de estresse, foi aplicado o ISSL (Inventário de Sintomas de Stress de Lipp), validado por Lipp e Guevara²⁴⁹ em 1994 e que verifica se o indivíduo possui sintomas de estresse, classificando-o em quatro fases: alarme, resistência, quase-exaustão e exaustão e com predominância de sintomatologia que pode ser física, psicológicas ou ambas. Tem um coeficiente alfa de Cronbach = 0,9121²⁵⁰.

Este inventário é constituído de 5 páginas, sendo que a primeira contempla o espaço destinado para identificação: nome, gênero, data nascimento, local de trabalho, função exercida, escolaridade, local e data. As demais páginas são constituídas de 3 (três) quadros cada uma, subdivididos em a e b. Assim, o quadro 1a, com 12 questões, permite detectar os sintomas físicos vivenciados nas últimas 24 horas; o quadro 1b, com 3 questões, permite detectar os sintomas psicológicos vivenciados nas últimas 24 horas e neste momento o paciente deve assinalar com F1 e P1; o quadro 2a reúne 10 sintomas físicos vivenciados na última semana e o quadro 2b reúne 5 sintomas psicológicos da última semana, marcando com F2 e P2; o quadro 3a apresenta 12 sintomas e refere-se aos físicos vivenciados no último mês e o quadro 3b apresenta 11 sintomas e refere-se aos psicológicos vivenciados no último mês, devendo ser listado de F3 e P3. Em sua totalidade o ISSL consta de 37 itens de natureza somática e 19 psicológicas, sendo que os sintomas podem se repetir, mas divergir quanto à intensidade e seriedade²⁵⁰.

4.5.8 Monoxímetro

Os níveis de Monóxido de Carbono (CO) e Carboxiemoglobina (COHB) foram mensurados por meio de um aparelho designado monoxímetro²⁵¹. A medida da concentração de monóxido de carbono no ar exalado (Coex) é um método simples e bastante utilizado na literatura para distinguir os fumantes de não fumantes²⁵². É de fácil manuseio e normalmente utilizado em programas de Cessação do Tabagismo de forma a verificar o cumprimento das metas pré-estabelecidas, ou seja, validar através do monóxido de carbono no ar expirado a informação do status tabágico conforme tabela do Manual do Monoxímetro (Anexo E). A monoximetria foi utilizada com os pacientes em uma única sessão (9º sessão), que ocorreu 6 meses depois que o paciente começou o tratamento.

No momento da avaliação, os pacientes foram orientados a realizar uma respiração profunda, permanecer por apneia por 20 segundos e a posteriori acoplar o bucal do aparelho em sua boca e simultaneamente expirar lentamente o ar. As concentrações de CO são medidas após a expiração e aparecem no visor em partículas por milhões (ppm). De acordo com a tabela 1, a classificação quanto ao consumo de cigarros é assim distribuída:

Tabela 1 – Classificação quanto ao consumo de tabaco de acordo com Manual do Monoxímetro da Cardinal Health, 2008.

CO (PPM)	% COHB	CLASSIFICAÇÃO	INDICADOR
0-6	0 - 0.96	Não – Fumante	Verde
7-10	1.12 – 1.60	Fumante Leve	Âmbar
11-20	1.76 – 3.20	Fumante	Vermelho
20+	3.20+	Fumante Pesado	Vermelho + Alarme

4.6 SEGUIMENTO DOS PARTICIPANTES

Depois da avaliação inicial com a psicóloga, com o preenchimento dos instrumentos acima citados, todos os fumantes do grupo nas unidades do Campo Velho, Policlínica do Coxipó e Hospital Universitário Júlio Müller foram avaliados e medicados pela médica responsável pelo programa. As drogas escolhidas são as preconizadas como de 1ª linha, estão à disposição no Sistema Único de Saúde de forma gratuita e foram utilizadas de forma única ou em associação (Terapia de Reposição Nicotínica - TRN e Bupropiona). Todos os fumantes em estudo foram seguidos da seguinte forma:

- a. Seguimento clínico: Depois da consulta inicial e prescrição medicamentosa o fumante foi avaliado 15 dias após para verificar possíveis efeitos adversos dos medicamentos, adesão ao tratamento e sucesso inicial da terapêutica (abstenção de 7 dias). Após isso, o fumante foi reavaliado no 30º, 60º, 90º dia de início da terapia medicamentosa. O tempo preconizado para este tratamento foi de 90 dias.
- b. Seguimento da TCC – O Programa sugerido pelo Ministério da Saúde²⁵³ consiste em 10 (dez) sessões de grupo (número de 10 a 15 pacientes), com duração de uma hora e meia, uma vez por semana. Porém, foi necessária uma sessão a mais no período inicial para realização de entrevista individual com aplicação dos instrumentos e estabelecimento de uma relação harmoniosa, empática de conexão com o outro, estabelecida entre o entrevistado e o entrevistador (Rapport)²⁵⁴.

No primeiro mês foram realizadas quatro sessões semanais onde o coordenador utilizou o Manual do Coordenador – Deixando de Fumar sem Mistérios²⁵³(Anexo F) para trabalhar em cada sessão. Todos os pacientes receberam por sessão um manual que é distribuído pelo Ministério da Saúde e foi usado no processo. Na primeira sessão foi realizado um acolhimento dos participantes, propiciando um espaço para as apresentações individuais, onde a pesquisadora explicou como funciona o Programa e o manual “Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde”²⁵⁵ (Anexo G), levando-os a refletir e entender porque fumam e como isso afeta a sua saúde.

Na segunda sessão foi trabalhado “Os primeiros dias sem fumar” (Anexo H), pois alguns pacientes já iniciaram o processo de cessação do tabagismo e foram parabenizados, aos que ainda não pararam de fumar foi solicitado que estipulasse uma data e o método para a cessação. Além disso, o objetivo deste encontro foi ensinar algumas estratégias de enfrentamento (assertividade, técnicas de relaxamento e respiração profunda) para que o paciente conseguisse lidar com a Síndrome de Abstinência, o estresse e os pensamentos negativos²⁵⁶.

Na terceira sessão foi abordado “Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar” (Anexo I) e o propósito da terceira sessão foi ajudar os participantes a vencerem obstáculos para permanecerem sem fumar, sempre solicitando que compartilhassem as experiências, congratulando os que pararam e incentivando os que ainda não pararam²⁵⁷. Em cada sessão, os pacientes que não haviam parado de fumar eram estimulados a estipular uma nova data de cessação.

A 4ª sessão abordou os “Benefícios obtidos após parar de fumar” (Anexo J) e esta sessão, assim como as demais, iniciava-se motivando os participantes a compartilharem as

suas experiências e trabalhar as principais armadilhas evitáveis para permanecer sem cigarros, bem como encorajar os que não pararam de fumar a continuar tentando e comparecendo às sessões de manutenção²⁵⁸. No final da sessão foi fornecido um feedback individual do resultado dos instrumentos aos pacientes que demonstraram interesse em conhecê-lo.

Após as quatro sessões iniciais uma planilha de coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo era preenchida para ser enviada ao Ministério da Saúde para controle e envio de nova medicação (Anexo K).

As demais seis sessões foram de acompanhamento, sugeridas nos seguintes prazos: 15 dias após a última sessão, 30 dias, 60 dias, 90 dias, 180 dias e 12 meses após o início do programa para verificar se o paciente encontrava-se em abstinência³⁸. Na última sessão, a pesquisadora realizou a entrega dos certificados aos participantes. Quem parou de fumar recebeu um Certificado de Ex-fumante (Apêndice B – modelo do Hospital Universitário Júlio Müller) e quem não conseguiu parar recebeu um Certificado de Participação com palavras motivacionais para que continuasse o Programa (Apêndice C - modelo do Centro de Saúde do Campo Velho).

Aos pacientes que se ausentaram das consultas de acompanhamento foi usado o serviço telefônico como suporte de maneira proativa visando solicitar sua presença à unidade de saúde. Quando esta presença foi inviável, a entrevista foi realizada via telefone, visando verificar a efetividade da intervenção (parou de fumar ou reduziu números de cigarros), bem como qual o motivo que o levou a desistir do tratamento.

4.7 VARIÁVEIS DE ESTUDO

São diversas as variáveis dependentes e independentes para atender os objetivos operacionais propostos deste estudo:

Para o 1º objetivo a variável dependente foi a cessação do tabagismo (monóxímetro \leq 6) e as independentes foram dados sociodemográficos (gênero, faixa etária, renda, anos de escolaridade), status do tabagismo (tempo de fumo, idade de início, cigarros por dia, carga tabágica, tentativas de parar de fumar e fagerström), grau de motivação, nível de ansiedade e depressão e estresse.

A variável “carga tabágica” designa a exposição do indivíduo ao tabagismo e considera o número de cigarros fumados/dia ao longo dos anos. O cálculo da carga tabágica é realizada pelo número de cigarros fumados por dia, dividido por 20 (número de cigarros em

um maço) e o resultado foi multiplicado pelo número de anos em que o paciente fez uso do tabaco (anos-maço)²⁵⁹.

Para o 2º objetivo operacional a variável dependente (desfecho) foi FTND ≥ 5 . Pode ser citado como variáveis independentes os fatores sociodemográficos (gênero, faixa etária, renda, anos de escolaridade e ocupação), status do tabagismo (tempo de fumo, idade de início, cigarros por dia, carga tabágica e tentativas parar de fumar) e nível de ansiedade e depressão.

A variável dependente do 3º objetivo operacional foi o abandono do Programa de Cessação de Tabagismo e as variáveis independentes foram gênero, faixa etária, anos de escolaridade, ocupação, religião, atividade física, Cage, transtorno psiquiátrico prévio e grau de motivação, fagerström, tempo de fumo, cigarros/dia, carga tabágica e tentativas de parar de fumar anteriormente.

No quarto objetivo operacional foi considerada a efetividade das intervenções realizadas (medicamentos e Terapia Comportamental-Cognitiva). As demais variáveis independentes foram as sociodemográficas, status do tabagismo e níveis de ansiedade, depressão, motivação e estresse.

4.8 CONTROLE DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO

Os instrumentos foram aplicados no primeiro momento da entrevista inicial, designado de Tempo Zero (T0), aos 45 dias, denominado Tempo Hum (T1) e ao final de 6 meses, Tempo Dois (T2). Alguns instrumentos tais como o Questionário de Perfil Sociodemográfico, o FTND e CAGE foram aplicados em um único momento (T0), para conhecimento da história do paciente e verificar o grau de dependência deste em relação ao tabaco e ao álcool.

Os demais (Urica, BAI, BDI e ISSL) foram reaplicados no T1 e T2 de forma a permitir análises pontuais e evolutivas do processo de cessação e verificar se as abordagens realizadas causaram alteração no comportamento dos pacientes.

4.9 APLICAÇÃO DO TESTE PILOTO

Foi realizado teste piloto com o primeiro grupo de tabagistas que buscou ajuda especializada para parar de fumar no Centro de Saúde do Campo Velho, totalizando 8 pacientes.

Esse teste piloto foi realizado visando corrigir eventuais erros de formulação, anterior à coleta de dados²⁶⁰. Após a aplicação do teste piloto, constatou-se que os instrumentos

estavam bons e deu-se continuidade à coleta de dados e como não houve mudanças nos instrumentos, esses pacientes fizeram parte da população de estudo.

4.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os formulários preenchidos foram semanalmente submetidos à avaliação pela coordenadora do projeto para identificar possíveis erros ou omissões nas respostas. Após essa fase de revisão, os dados foram digitados duplamente num banco de dados construído no programa Epidata versão 3.1, por duas auxiliares de pesquisa especificamente treinadas para esta função. Para a análise dos dados também foram utilizados os programas STATA versão 13.0 e SPSS versão 17. Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados e, posteriormente, análise inferencial bivariada e multivariada.

Visando atender o primeiro objetivo operacional deste estudo foram analisados os resultados dos instrumentos da avaliação inicial, tendo como variável desfecho o fracasso ou o sucesso na cessação após seis meses de acompanhamento. Foi considerado como fracasso os fumantes que realizaram a consulta médica e avaliação inicial com a psicóloga, mas não compareceram na primeira sessão de TCC (desistentes), abandonaram o tratamento (abandonos) e aqueles que não conseguiram a abstenção total do tabagismo (resistentes). Cabe destacar que embora possam ser considerados como três grupos distintos, eles foram agrupados em um só grupo (fracasso), pois o teste de Qui-Quadrado mostrou homogeneidade entre os mesmos, com características semelhantes em relação às variáveis estudadas (sociodemográficas, status do tabagismo e psicológicas). Sucesso foi considerado quando o fumante permanecia em abstenção do tabagismo, com negativa formal e monoximetria ≤ 6 (considerado não fumante)²⁵¹. Foi realizada análise descritiva das variáveis sociodemográficas, status do tabagismo (utilização da mediana), grau de motivação e de estresse e nível de ansiedade e depressão das variáveis coletadas na fase inicial desta pesquisa (T0) de todos os participantes (n= 216). Depois foi realizada a análise bivariada, tendo como referência a razão de prevalência bruta, com o intervalo de confiança de 95% e nível de significância inferior a 5% ($p < 0,05$). As variáveis que demonstraram associações com escores de $p < 0,20$ ²⁶¹⁻²⁶⁴, pelo teste de qui-quadrado, foram selecionadas para o ajuste do Modelo de Regressão de Poisson múltiplo com variância robusta (RPa)²⁶²⁻²⁶⁴, permanecendo no modelo final as variáveis que apresentaram um p valor menor que 5% ($p < 0,05$).

Para o segundo objetivo operacional, tendo como desfecho o grau de dependência (Teste de Fagerström), foi avaliada a associação do alto grau de dependência nicotínica

(≥ 5)^{9,38,184,265-267} com as variáveis sociodemográficas, status do tabagismo, grau de motivação e de estresse e nível de ansiedade e depressão, coletadas na fase inicial desta pesquisa – (T0) de todos os participantes (n= 216). O Ministério da Saúde preconiza a utilização da farmacoterapia em fumantes com escore do teste de Fagerström igual ou maior do que 5³⁸. A seguir, foi realizada uma análise bivariada, utilizando a razão de prevalência bruta, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e nível de significância inferior a 5% ($p < 0,05$). As variáveis com níveis de significância inferiores a 20% ($p < 0,20$)²⁶¹⁻²⁶⁴, pelo teste de qui-quadrado, foram designadas para serem testadas no Modelo de Regressão de Poisson múltiplo com variância robusta (RP_a), permanecendo no modelo final as variáveis que apresentaram um p valor menor que 5% ($p < 0,05$). O modelo de Poisson foi escolhido por ser a alternativa usada na literatura epidemiológica que estima o risco relativo em estudo transversal, usando a razão de prevalência^{261,268,269}.

Para responder ao terceiro objetivo operacional, foi realizada análise descritiva, utilizando medidas de posição e variação (média, mediana e desvio padrão) e proporções, para a variável tabagismo, considerando as categorias abandono do tratamento e não abandono. A seguir foi efetuada uma análise inferencial dos dados, utilizando a técnica de comparação para duas proporções, considerando a distribuição normal com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Para testar diferenças destas duas proporções foi utilizado o teste para duas proporções, com nível de significância de 0,05 ($\alpha < 0,05$)²⁷⁰. Foram analisados os resultados dos instrumentos da avaliação inicial, após 45 dias e após seis meses de acompanhamento. Como abandono foi considerado o fumante que após a consulta médica e avaliação inicial com a psicóloga não compareceu à primeira sessão de TCC ou desistiu do tratamento nas sessões subsequentes. Dos 216 pacientes iniciais, 74 (34,26%) desistiram do tratamento no decorrer do processo e 142 completaram o tratamento até 6 meses (65,74%).

Para responder ao quarto objetivo operacional foram realizadas análises descritivas, utilizando medidas de posição e variação (média, mediana e desvio padrão) e diagramas de caixas (Box-plots). A seguir uma análise inferencial foi efetuada: primeiramente foi verificada a distribuição dos dados, verificando que os dados das variáveis contínuas não apresentaram distribuição normal, assim testes não paramétricos foram utilizados para realizar as comparações pareadas, nas três avaliações, por meio do teste de Wilcoxon. O teste de Wilcoxon pareado é utilizado para comparar se as medidas de posição de duas amostras são iguais, no caso em que as amostras são dependentes²⁷¹. Em todas as comparações foi adotado um nível de significância de 0,05 ($p < 0,05$).

4.11 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este projeto foi encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pelo site da Plataforma Brasil, que o encaminhou ao Comitê do HUJM/UFMT, sendo a coleta de dados iniciada após parecer favorável do mesmo, bem como anuência das instituições (Anexo L e M), respeitando a resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas éticas na condução de pesquisas com seres humanos²⁷².

Após análise pelo Comitê, em 09 de maio de 2012, o projeto de Pesquisa com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE nº 0106612.6.0000.5541) foi aprovado com parecer do CEP nº 19548 (Anexo N).

No primeiro contato pessoal com os entrevistados foi estabelecido um rapport visando explicar os objetivos da pesquisa, a importância desta, bem como da ética e do sigilo na pesquisa. Além de ser um momento importante para dirimir todas as dúvidas, e informar sobre a necessidade do preenchimento do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, solicitando autorização para a realização da entrevista e publicação dos resultados (Apêndice D).

Foi facultado aos participantes o conhecimento dos escores dos inventários de ansiedade (BAI), depressão (BDI) e Estresse (ISSL), e a maioria dos pacientes demonstrou interesse em conhecer o resultado.

5. RESULTADOS

5.1 ANSIEDADE E BAIXO NÍVEL MOTIVACIONAL ASSOCIADOS AO FRACASSO NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Status: Publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria (Apêndice E)

Resumo

Objetivo: Analisar a associação entre as características sociodemográficas, status do tabagismo, grau de motivação, nível de ansiedade, depressão e de estresse com o fracasso em pacientes de um programa de cessação de tabagismo. **Métodos:** Estudo de corte transversal realizado com pacientes que procuraram os programas de cessação do tabagismo de Cuiabá/MT, Brasil. Todos os fumantes matriculados no início desses programas, durante o período de maio a agosto de 2012, foram convidados a participar deste estudo, totalizando 216 pacientes. Os instrumentos utilizados foram o questionário Perfil Sociodemográfico, Teste de Fagerström (FTND), Urica, Inventário Ansiedade de Beck (BAI), Inventário Depressão de Beck (BDI) e Inventário Sintomas Stress Lipp (ISSL). Os dados foram digitados duplamente em programa Epidata Versão 3.1 e para análise dos dados foi utilizado um modelo de regressão de Poisson. **Resultados:** Foram encontradas associações do fracasso terapêutico com as seguintes variáveis: faixa etária jovem (RP=1,68 IC 95% 1,11-2,56); menor tempo de tabagismo (RP = 1,32; IC 95% 1,09-1,61); maior consumo de cigarros/dia (RP= 1,24; IC 95% 1,01-1,52) e menor grau de motivação (RP=1,55; IC 95% 1,04-2,30). No modelo final (RPa), ficaram associadas ao fracasso as variáveis: menor tempo do tabagismo (RPa 1,53; IC 95% 1,07-2,32), maior carga tabágica (RPa 1,48; IC 95% 1,12-1,95), baixo nível de motivação (RPa 1,53 IC 95% 1,07-2,32), maior carga tabágica (RPa 1,48; IC 95% 1,12-1,95), baixo nível de motivação (RPa 1,58; IC 95% 1,07-2,32) e alto nível de ansiedade (RPa 1,22; IC 95% 1,01-1,48). **Conclusões:** Baixo nível motivacional (Contemplação e Pré-contemplação), alto nível de ansiedade (moderado/grave), menor tempo de tabagismo e alta carga tabágica estão associados ao fracasso terapêutico.

Descritores: Ansiedade, Motivação e Tabaco.

Abstract

Objective: To analyze the association between the socio-demographic characteristics, smoking status, the degree of motivation, the degree of anxiety, depression and stress with failure in patients of a smoking cessation program. **Methods:** Cross-sectional study conducted with patients who sought the smoking cessation program in Cuiabá/MT, Brazil. All the smokers enrolled in the initial phase of these programs, from May to August 2012, were invited to participate in this study, totalizing 216 patients. The instruments used were Socio-demographic Profile Questionnaire, Fagerström Test (FTND), Urica, Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI) and Lipp Stress Symptoms Inventory (LSSI). The data were entered twice into Epidata, Version 3.1 program and for the data analysis Poisson regression model was used. **Results:** Associations of the therapeutic failure with the following variables were found: young age group (RP=1,68 IC 95% 1,11-2,56); shorter time of tobacco use (RP = 1,32; IC 95% 1,09-1,61); higher cigarette consumption/day (RP= 1,24; IC 95% 1,01-1,52) and lower level of motivation (RP=1,55; IC 95% 1,04-2,30). In the final model (RPa), the following variables were associated with failure: shorter time of smoking (RPa 1,53; IC 95% 1,07-2,32), higher smoking burden (RPa 1,48; IC 95% 1,12-1,95), low level of motivation (RPa 1,58 IC 95% 1,07-2,32) and high level of anxiety (RPa 1,22; IC 95%

1,01-1,48). **Conclusions:** Low motivational level (contemplation and pre-contemplation), high level of anxiety (moderate/severe), shorter time of tobacco use, high tobacco intake are associated with therapeutic failure.

Keywords: Anxiety, Motivation and Tobacco.

INTRODUÇÃO

As altas taxas de fracasso nos programas de cessação do tabagismo são preocupações frequentes para os interessados no controle do tabagismo no Brasil e no mundo. Qualificar e quantificar os fatores associados ao fracasso terapêutico dentro de um programa de cessação do tabagismo torna-se importante, pois permitirá identificar e equacionar os fatores dificultadores envolvidos neste processo, com possibilidades de minimizá-los.

Nos últimos anos a prevalência de fumantes tem diminuído no Brasil, em 1989 era de 34,8% e em 2008 foi de 18,5%¹. Apesar de as políticas públicas terem desempenhado um importante papel, essa diminuição se deu mais por conta de diversos fatores: aumento do preço dos cigarros (48,4%), diminuição da propaganda (13,7%), leis de ambiente livre do tabaco (13,6%), programas de cessação (9,8%), imagens divulgadas nos maços de cigarros (7,8%), campanhas divulgadas (6,3%) e restrições ao acesso de jovens (0,4%)².

Sabe-se que existem diferentes perfis de fumantes, cada um deles com maior ou menor dificuldade de abandono da dependência. Muitos deles param de fumar espontaneamente, possivelmente induzidos ou convencidos pelas políticas públicas de combate ao tabagismo. Outros não conseguem parar mesmo usando algum tratamento farmacológico. Estes últimos fazem parte do grupo de fumantes que procuram os programas de cessação públicos ou privados e geralmente são os mais dependentes, possuem maior carga tabágica e com várias tentativas fracassadas de abandono³. Assim, as características dos fumantes que procuram os serviços de saúde são diferentes daqueles da comunidade em geral e muitas delas pouco conhecidas⁴.

Apesar dos avanços alcançados com o conhecimento do tabagismo e da importância dos programas de cessação, baseados nos consensos das sociedades científicas⁵, nota-se que o tratamento do tabagismo não consegue atingir as taxas de sucesso terapêutico desejadas. As taxas de sucesso após 12 meses são: 25% para a Vareniclina; 19,7% para a Bupropiona; e 18,9% para a Reposição de Nicotina (TRN). Essas taxas, comparadas ao efeito placebo são maiores, porém seu efeito após 12 meses ainda é muito baixo⁶.

Deste modo, o presente estudo tem o objetivo de analisar a associação entre o fracasso na cessação do tabagismo e as características sociodemográficas, o status do tabagismo, o grau de motivação e o nível de ansiedade, depressão e stress, com o intuito de subsidiar as ações para reavaliar as abordagens para o melhor tratamento do fumante.

MÉTODOS

Estudo de corte transversal realizado com pacientes, maiores de 18 anos, que procuraram espontaneamente, ou foram referenciados pela rede de saúde pública, os programas de cessação do tabagismo de quatro unidades de saúde em Cuiabá/MT (Hospital Universitário Júlio Müller, Centro de Saúde do Campo Velho, Policlínica do Coxipó e do Planalto). Todos os fumantes matriculados na fase inicial desses programas, durante o período de maio a agosto de 2012 foram convidados para participar deste estudo, e os que concordaram foram relacionados, tendo suas fichas de pesquisa numeradas sucessivamente e constituíram a população do presente estudo, totalizando 216 participantes. Todos os participantes deste estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e utilizaram o mesmo protocolo de tratamento: terapia de reposição de nicotina (TRN) + bupropiona + terapia Cognitiva Comportamental (TCC).

Após receber a medicação do médico assistente, todos os fumantes realizaram a avaliação inicial com a pesquisadora principal (psicóloga), que orientava quanto ao esquema do tratamento proposto e fazia o agendamento da TCC. Nessa entrevista inicial individual com a psicóloga, os pacientes responderam aos quesitos dos seis instrumentos utilizados:

1. Questionário Perfil Sociodemográfico: Especificamente elaborado para esta pesquisa, foi construído com base no modelo do INCA/MS⁷ e contém duas partes. Parte I – identificação e dados sociodemográficos, com as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, profissão, escolaridade e renda familiar. Parte II – status do tabagismo, com as variáveis: tempo de tabagismo, número de cigarros/dia, idade do início do tabagismo, número de tentativas de abandono.

2. Teste de Fagerström – Test for Nicotine Dependence (FTND)⁸: para análise da dependência à nicotina, cujo score maior que a mediana (≥ 6) foi categorizado como muito dependente e aquele com valor abaixo de 6 como pouco dependente.

3. University of Rhode Island Change Assessment (URICA)⁹, mensura o estágio motivacional para a mudança. Esse instrumento foi validado e padronizado para a população

brasileira para drogas ilícitas com transcrição para o tabaco¹⁰. Foi usada a versão reduzida e os resultados apresentados são a Pré-contemplação, a Contemplação, Preparação e a Ação (alfa de Cronbach com valores variando entre 80 a 84 e 74 a 89)^{11,12}. Utilizou-se estudo anterior como referência¹³ para dicotomizar os dados em Pré-Contemplação/Contemplação e Preparação/Ação.

4. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)^{14,15}: consiste de uma lista com 21 itens que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e mede a intensidade deles (alfa de Cronbach=0,92). A pontuação dos sintomas varia entre 0 a 63, e os resultados podem ser: mínimo (0-10), leve (11-19), moderado (20-30) e grave (31-63). Para fins de análise, a amostra foi dicotomizada, estabelecendo que de 0 a 19 fosse caracterizada como mínima e/ou leve e acima de 20 foi considerada como moderada a grave, assim como estudo prévio¹⁶.

5. Inventário de Depressão de Beck (BDI)^{15,17}. Consiste em 21 grupos de afirmações para medida da intensidade da depressão (alfa de Cronbach = 0,86 em amostras psiquiátricas e 0,81 em amostras não psiquiátricas). A avaliação do BDI categoriza os participantes em quatro níveis: mínimo, que corresponde à ausência de depressão, com escore variando entre 0 a 11; depressão leve, com escore variando entre 12 a 19; depressão moderada, com escore entre 20 a 35 e depressão grave, com escore entre 36 a 63. Nesta pesquisa, a amostra foi dicotomizada, estabelecendo que de 0 a 19 fosse designada como mínima a leve e acima desse ponto foi considerada como moderada a grave¹⁶.

6. Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL): questionário validado para o Brasil,¹⁸ avalia o nível de estresse do indivíduo e a fase em que ele se encontra (coeficiente alfa de Cronbach = 0,9121). Os resultados foram dicotomizados em: sem estresse (incluídos os fumantes sem estresse e os da fase de alerta, que é o estresse benéfico) e com estresse (fases resistência, quase-exaustão e exaustão)¹⁸.

Todos os participantes que permaneceram no programa foram acompanhados pelo médico assistente na fase inicial, 30 dias após início da medicação e avaliação mensal até completar seis meses de terapêutica. Com a psicóloga, após a avaliação inicial com aplicação dos instrumentos e estabelecimento de rapport, todos foram convidados para realização da TCC com sessão em grupo de 10 a 15 participantes uma vez por semana, com duração de uma hora e meia, uma vez por semana durante o período de quatro semanas. A seguir, ocorreram mais cinco encontros de acompanhamentos: 15 dias, 30 dias, 60 dias, 90 dias, 180 dias, sendo que essa abordagem de tratamento é sugerida pelo Ministério da Saúde¹⁹. Dos 216 pacientes iniciais, 178 compareceram na primeira sessão de TCC (82,40%) e 142 completaram o tratamento até seis meses (65,74%).

Após o preenchimento dos instrumentos, os dados foram conferidos e digitados duplamente em programa Epidata Versão 3.1 e posterior análise. No presente estudo, foram analisados os resultados dos instrumentos da avaliação inicial, tendo como variável desfecho o fracasso ou o sucesso na cessação após seis meses de acompanhamento. Foram considerados como fracasso os fumantes que realizaram a consulta médica e avaliação inicial com a psicóloga, mas não compareceram na primeira sessão de TCC (desistentes), abandonaram o tratamento (abandonos) e aqueles que não conseguiram a abstenção total do tabagismo (resistentes). Cabe destacar que, embora possam ser considerados como três grupos distintos, eles foram agrupados em um só grupo (fracasso), pois o teste de Qui-Quadrado mostrou homogeneidade entre eles, com características semelhantes em relação às variáveis estudadas (sociodemográficas, status do tabagismo e psicológicas). Foram considerados como sucesso, aqueles fumantes que permaneciam em abstenção do tabagismo, com negativa formal e monoximetria ≤ 6 (considerados não fumante)²⁰.

Foi realizada a análise bivariada, tendo como referência a razão de prevalência bruta, com o intervalo de confiança de 95% e nível de significância inferior a 5% ($p < 0,05$). As variáveis que demonstraram associações com escores de $p < 0,20$, pelo teste de qui-quadrado, foram selecionadas para o ajuste do Modelo de Regressão de Poisson múltiplo com variância robusta (RPa).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 9 de maio de 2012, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0106612.6.0000.5541) e com parecer do CEP nº 19548.

RESULTADOS

Na Tabela 1 encontram-se os dados descritivos da população estudada e a prevalência do fracasso na cessação, em que se verifica que a taxa de prevalência de fracasso foi de 62,50%.

Tabela 1 Frequência e porcentagem dos pacientes por fatores sociodemográficos-demográficos e taxa fracasso/sucesso, Cuiabá/MT, 2013.

Variáveis	Categorias	Frequências	
Gênero	Feminino	141	65,28
	Masculino	75	34,72
Faixa etária	20 – 39 anos	50	23,15
	40 – 59 anos	135	62,50
	60 anos ou mais	31	14,35
Anos de escolaridade	>8	152	70,37
	≤8	64	29,63
Fracasso / sucesso	Fracasso no tratamento	135	62,50
	Sucesso no tratamento	81	37,50

A Tabela 2 mostra a associação entre as variáveis sociodemográficasdemográficas com o fracasso na cessação. Observa-se que o fracasso na cessação está associado com a menor faixa etária, pois pacientes da faixa etária de 20 a 39 anos de idade, quando comparados com maiores de 60 anos, têm 68% mais risco de fracasso (RP 1,68; IC 95% 1,11-2,56). Não foi encontrada associação com as outras variáveis estudadas: gênero (p=0,53), renda (p = 0,09) e escolaridade (p=0,75).

Tabela 2 – Associação entre o fracasso na cessação e os fatores sociodemográficos, Cuiabá/MT, 2013.

Variáveis	Categoria	Fumante				RP _b	IC 95%	P
		Fracasso		Sucesso				
		N	%	n	%			
Gênero	Masculino	49	65,33	26	34,67	1,07	[0,87 ; 1,32]	0,530
	Feminino	86	60,99	55	39,01	1,00		
Faixa etária	20 – 39 anos	38	76,00	12	24,00	1,68	[1,11 ; 2,56]	0,005
	40 – 59 anos	83	61,48	52	38,52	1,36	[0,90 ; 2,05]	
	60 anos ou mais	14	45,16	17	54,84	1,00		
Renda	> Mediana(2.000,00)	64	68,82	29	31,18	1,19	[0,97 ; 1,46]	0,095
	≤ Mediana (2.000,00)	71	57,72	52	42,28	1,00		
Anos de escolaridade	>8	96	63,16	56	36,84	1,04	[0,82 ; 1,31]	0,758
	≤8	39	60,94	25	39,06	1,00		

RP_b: Razão de prevalência bruta. IC 95%: intervalo de confiança de 95%. p: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado.

A associação entre status do tabagismo e o fracasso na cessação está na Tabela 3. As variáveis menores tempo de tabagismo (RP 1,32; IC 95% 1,09-1,61) e maior número de cigarros/dia (RP 1,24; IC 95% 1,01-1,52) mostraram-se associadas ao fracasso na cessação. Por outro lado, idade do início do tabagismo (p=0,83), carga tabágica (p=0,12), número de tentativas de parar de fumar (p=0,14) e Teste de Fagerström (p=0,18) não apresentaram associação com o fracasso na cessação.

Tabela 3 – Associação entre o fracasso na cessação e status do tabagismo, Cuiabá/MT, 2013.

Variáveis	Categoria	Fumante				RP _b	IC 95%	P
		Fracasso		Sucesso				
		n	%	n	%			
Tempo de fumo	≤ a 20 anos	42	76,36	13	23,64	1,32	[1,09 ; 1,61]	0,014
	>20 anos	93	57,76	68	42,24	1,00		
Idade de início	> Mediana (16)	62	63,26	36	36,73	1,02	[0,83 ; 1,26]	0,832
	≤ Mediana (16)	73	61,86	45	38,14	1,00		
Cigarros por dia	> Mediana (20)	66	70,21	28	29,79	1,24	[1,01 ; 1,52]	0,040
	≤ Mediana (20)	69	56,56	53	43,44	1,00		
Carga tabágica	≥ 20	106	65,43	56	34,57	1,22	[0,93 ; 1,60]	0,123
	<20	29	53,70	25	46,30	1,00		
Tentativas parar de fumar	Nenhuma	31	72,09	12	27,91	1,20	[0,96 ; 1,50]	0,147
	Alguma	104	60,12	69	39,88	1,00		
Fagerström	> Mediana (6)	71	66,98	35	33,02	1,15	[0,94 ; 1,42]	0,182
	≤ Mediana (6)	64	58,18	46	41,82	1,00		

RP_b: Razão de prevalência bruta. IC 95%: intervalo de confiança de 95%. p: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado

A análise dos resultados dos questionários de estágio de motivação (URICA), nível de ansiedade (BAI), nível de depressão (BDI) e de estresse (ISSL) estão na Tabela 4. Verifica-se que o menor grau de motivação (Pré-contemplação e Contemplação) evidenciou associação ao fracasso na cessação (RPa 1,55; IC 95% 1,04-2,30), e os fumantes que se encontravam nas fases de Pré-contemplação ou de Contemplação tiveram 55% mais chance do fracasso, quando comparados aos das fases Preparação ou de Ação. As outras variáveis estudadas não apresentaram associação estatisticamente significativa com o fracasso na cessação: BAI (p = 0,058), BDI (p=0,119) e ISSL (p=0,741).

Tabela 4 – Associação entre o fracasso na cessação e os resultados dos questionários grau de motivação, nível de ansiedade (BAI), nível de depressão (BDI) e de estresse (ISSL), Cuiabá/MT, 2013.

Variáveis	Categoria	Fumante				RP _b	IC 95%	P
		Fracasso		Sucesso				
		n	%	n	%			
Grau de motivação	Pré-Contemp./Contemp.	120	66,30	61	33,70	1,55	[1,04 ; 2,30]	0,009
	Preparação/Ação	15	42,86	20	57,14	1,00		
BAI	Moderado/Grave	61	70,12	26	29,89	1,22	[0,99 ; 1,50]	0,058
	Mínimo/Leve	74	57,36	55	42,36	1,00		
BDI	Moderado/Grave	47	70,15	20	29,85	1,19	[0,97 ; 1,46]	0,119
	Mínimo/Leve	88	59,06	61	40,94	1,00		
ISSL	Com Estresse	88	63,31	51	36,69	1,04	[0,83 ; 1,29]	0,741
	Sem estresse	47	61,04	30	38,96	1,00		

RP_b: Razão de prevalência bruta. **IC 95%**: intervalo de confiança de 95%. **p**: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado.

Na Tabela 5 encontra-se o modelo final, análise multivariada de regressão de Poisson Robusta (RP_a). As seguintes variáveis permaneceram associadas de forma independente ao fracasso na cessação do tabagismo: menor tempo do tabagismo (RP_a 1,53; IC 95% 1,07-2,32), maior carga tabágica (RP_a 1,48; IC 95% 1,12-1,95), baixo estágio de motivação (RP_a 1,58; IC 95% 1,07-2,32) e alto nível de ansiedade (RP_a 1,22; IC 95% 1,01-1,48).

Tabela 5 – Modelo final, Razão de Prevalência ajustada por regressão de Poisson Robusta (RP_a), das variáveis associadas ao fracasso na cessação, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e valor de p das variáveis selecionadas pelo método *backward*, Cuiabá-MT, 2013.

Variáveis	Categoria	RP _a	IC 95%	Valor p
Tempo de fumo	≤ a 20 anos	1,53	1,07 a 2,32	<0,001
	>20 anos	1,00		
Carga tabágica	≥ 20	1,48	1,12 a 1,95	0,005
	<20	1,00		
Grau de motivação	Pré-contemplação/ Contemplação	1,58	1,07 a 2,32	0,022
	Preparação/Ação	1,00		
BAI	Moderado/Grave	1,22	1,01 a 1,48	0,049
	Mínimo/Leve	1,00		

RP_a: Razão de Prevalência ajustada no modelo de regressão de Poisson com seleção de variáveis. Significante ao nível de 5%. * IC – Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

A taxa de fracasso na cessação do tabagismo na população estudada ao final de seis meses de observação foi alta (62,5%). Possivelmente, com o passar do tempo essa taxa será ainda maior, pois existe a tendência de aumentarem as recaídas, quanto maior for o tempo de acompanhamento dos pacientes analisados com determinada terapêutica empregada²¹. Outros autores relataram taxas de fracasso semelhantes às aqui encontradas, em torno de 66,6 a 69%, e concluíram que aqueles com dificuldades de adesão ao tratamento e que não pararam de fumar nas primeiras semanas têm mais chances de fracassar^{22,23,24}.

Diversos fatores dificultadores da cessação devem estar interagindo com esses pacientes estudados. Destaca-se que o baixo estágio de motivação, fases de Pré-contemplação e Contemplação, permaneceu associado ao modelo final ao fracasso na cessação. Sabe-se que a motivação é considerada a pedra angular entre o sucesso e o fracasso dos fumantes em

processo de cessação. A motivação pode ser definida como um estado interno consciente ou inconsciente que incentiva o indivíduo para o ato²⁵. Fumantes com baixa motivação têm maiores chances de fracasso quando comparados aos fumantes com alta motivação²⁶.

Os pacientes que estavam na fase de Pré-Contemplanção neste estudo não demonstravam intenção de mudar e o problema (tabagismo) era negado por eles, bem como na Contemplanção, em que os pacientes admitiram o problema, mas tinham dúvidas que enfraqueciam sua motivação²⁷, favorecendo o fracasso do tratamento.

O estado motivacional é um importante fator que reforça a necessidade de trabalhar o comportamento ambivalente evidenciado pelo fumante que simultaneamente procura ajuda, mas não está preparado para a cessação²⁸. Além disso, a baixa motivação em parar de fumar favorece a não permanência dos fumantes nos grupos de TCC, aumentando a chance de fracasso na cessação. Na verdade, essa baixa motivação corrobora com a não adesão do fumante ao planejamento terapêutico proposto e, conseqüentemente, possibilita que esses fumantes não alcancem o desfecho de sucesso na cessação. Assim, torna-se imprescindível a avaliação do estágio de motivação em que o paciente se encontra no momento da primeira consulta, orientando-o ou fazendo o reforço motivacional, caso seja necessário. Preparar esses pacientes e fazer com que consigam mudar de estágio motivacional é um passo essencial para a diminuição da taxa de fracasso terapêutico²⁸.

Reforçando essa análise, os resultados deste estudo mostram que parte dos fumantes (17,60%) que procuraram os programas de cessação do tabagismo em Cuiabá não compareceu nem na primeira sessão da TCC e outros abandonaram o programa de cessação (20,23%) antes do término do planejado, mostrando que possivelmente não estavam preparados e/ou motivados. Nesse sentido, poderia ser mais proveitoso que os pacientes nessas fases de baixa motivação recebessem reforços motivacionais antes da terapêutica recomendada pelos consensos (medicamentos + TCC).

Várias formas de reforços motivacionais existem, a começar pela Técnica de Entrevista Motivacional (EM)²⁹, que é um método centrado no paciente e consiste em ajudá-lo a reconhecer seus problemas atuais, bem como trabalhar a ambivalência diante da mudança comportamental, de forma a tentar estimular o comprometimento para a realização dessa mudança por meio de abordagem psicoterápica persuasiva. Com essa técnica usada no início do tratamento e seguida da TCC, é possível realizar intervenções adequadas objetivando fazer com que o fumante visualize a importância da adesão do tratamento na cessação do tabagismo³⁰.

São cinco princípios fundamentais para serem trabalhados na entrevista motivacional, de forma a ajudar o paciente. Em primeiro lugar, usar de empatia, que é a habilidade da escuta ativa, demonstrando ao paciente que o terapeuta o aceita como ele é e está naquele local para ajudá-lo a lidar com a sua ambivalência. Em segundo lugar, desenvolver a discrepância, que significa trabalhar com o paciente evidenciando que simultaneamente ao fato de ele procurar ajuda, ainda não se encontra preparado para realizar as mudanças, demonstrando o percurso existente entre como o paciente está no momento até onde ele quer chegar. Em sequência, evitar argumentação, de forma a não permitir o aumento da resistência do paciente ao tratamento. A posteriori, aprender a lidar com a resistência, que é estimular o fumante a perceber que deve buscar soluções para o seu problema sem fazer oposição direta, sabendo reconhecer o seu momento. Finalmente a autoeficácia, que diz respeito à percepção que o indivíduo tem da sua capacidade de conseguir alcançar os seus objetivos quando buscou o tratamento. A percepção que a pessoa tem sobre si mesmo nesse aspecto poderá ser altamente motivadora²⁹.

Sendo assim, a motivação pode ser entendida, numa visão abrangente não como algo que a pessoa “tem ou não tem”, mas como algo que o paciente pode fazer, existindo várias maneiras de ajudá-lo a se mover em direção ao reconhecimento do seu problema e propor uma ação para a mudança³¹.

Dessa forma, sabendo que o menor grau de motivação está associado ao fracasso terapêutico, cabe aos profissionais de saúde mostrar receptividade e abertura para aceitar no Programa os pacientes ambivalentes e/ou resistentes ao tratamento, mostrando empatia e flexibilidade, bem como que saberá respeitar os desejos do fumante em relações às suas mudanças comportamentais, visando à maior eficácia no tratamento. Assim, torna-se imperioso conhecer o estágio motivacional do fumante para poder trabalhar as intervenções terapêuticas individuais, e as escalas de motivação têm ajudado na identificação desse estágio, auxiliando o profissional de saúde na escolha do tratamento mais eficaz³².

Outro resultado importante encontrado foi a associação entre o fracasso na cessação com o menor tempo de tabagismo, que permaneceu significante no modelo final de análise. O esperado era que os fumantes mais idosos e com maior tempo de tabagismo tivessem mais dificuldades na cessação, seja pelo seu temor de fracasso, seja pela dificuldade de se imaginar sem o cigarro, coadunando com alguns estudos^{33,34}. Esse dado, aparentemente paradoxal, pode ter uma explicação plausível. Talvez ao fumar por pouco tempo, o tabagista ainda não tenha sentido os efeitos nocivos do cigarro à sua saúde e não valorize a importância de parar de fumar, diferentemente dos mais idosos que têm maior preocupação com a sua saúde, fator

associado a maior abstinência conforme outras pesquisas. Ou talvez lhe falte maturidade e a consciência de que, independente do tempo de fumo, o cigarro pode trazer riscos à sua saúde^{35,36}.

Por outro lado, a maior carga tabágica mostrou-se associada ao fracasso na cessação. Possivelmente esses fumantes com maior carga tabágica são os mais dependentes e sentem mais os efeitos da síndrome de abstinência, que está diretamente relacionada com o fracasso nas tentativas de cessação do tabagismo. Os consumidores de 20 ou mais cigarros/dia geralmente são passíveis de fortes sintomas de abstinência. Quanto maior for a intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes durante a abstinência, maiores serão as chances de fracasso no processo de cessação, com ou sem tratamento específico³⁷.

As características de personalidade do fumante ou algumas doenças psiquiátricas, como a ansiedade e a depressão, são fatores relacionados ao fracasso na cessação do tabagismo³⁸. A ansiedade é a doença com maior frequência na psiquiatria (25% da população durante a vida), podendo ser definida como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, sendo necessária e motivadora do desempenho³⁹. A linha que separa a ansiedade saudável da patológica é muito tênue. Sendo assim, a questão é quando esta passa a ser patológica, com sensações de medo sem ameaça real ou sendo desproporcional à situação que a originou⁴⁰.

Os resultados encontrados neste estudo não mostraram associação do fracasso terapêutico com a depressão, como era o esperado. Todavia, o alto nível de ansiedade, moderado e/ou grave, manteve-se associado com o fracasso na cessação no modelo final de análise. Outros autores também relataram que as desordens de ansiedade encontradas nos fumantes em processo de cessação estão associadas ao fracasso^{41,42}.

A ansiedade parece ser mais fortemente associada com tabagismo que com a depressão e, entre os fumantes, a prevalência dessas características é maior que na população em geral⁴³. Indivíduos com ansiedade e depressão têm menos probabilidades de deixar de fumar ao final do tratamento, pois são os que apresentam maior grau de dependência⁴⁴. Em muitos fumantes a nicotina reduz os sintomas da ansiedade ou da depressão e, ao agir como uma automedicação perpetua o estado de ambivalência típica da dependência, o que dificulta ainda mais a cessação do tabagismo⁴⁵.

Finalizando, este estudo apresentou algumas limitações. O Inventário de Ansiedade de Beck não consegue delimitar as nuances dessa variável. Foi possível identificar e confirmar a presença de ansiedade e a associação dela com tabagismo, mas não identificar qual transtorno ansioso o paciente apresenta. Outro fator limitante foi a impossibilidade de analisar os

pacientes que abandonaram o Programa antes do término do acompanhamento preconizado para este estudo.

CONCLUSÃO

Com os resultados analisados pode-se concluir que o baixo nível motivacional, menor tempo de tabagismo, a maior carga tabágica e o alto nível de ansiedade estão associados ao fracasso na cessação. Conhecer esses fatores, especialmente os psicológicos, é importante no planejamento das ações dentro de um programa de cessação do tabagismo. Novas rotinas devem ser incorporadas ao tratamento do tabagista nas instituições de saúde, tais como avaliação formal com o uso de instrumentos de escala motivacional; e, dependendo do resultado, deve-se estabelecer uma aliança terapêutica e utilizar a técnica de entrevista motivacional, que possibilita maior adesão ao tratamento. Além disso, com os pacientes muito ansiosos ou portadores de outros distúrbios psiquiátricos, deve-se garantir a participação de um psicólogo e um psiquiatra para atendimento desses fumantes, formando, assim, uma verdadeira equipe multiprofissional.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Os autores deste manuscrito preencheram todos os requisitos mínimos necessários, que são ter contribuído significativamente na concepção e desenho do estudo, ou na análise e interpretação dos dados; ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e ter aprovado sua versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse a serem declarados.

REFERÊNCIAS

1. Szklo AS, de Almeida LM, Figueiredo VC, et al. A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. *Prev Med.*2012; 54 (2):162-7.

2. Levy D, Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: The Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation. *Plos Med.* 2012; (9)11: 1-12.
3. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão FFSS, et al. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *J. Bras. Pneumol.* 2008; 34(9): 695-701.
4. Szklo AS, Otero UB. Perfil dos fumantes que não buscam tratamento para deixar de fumar, município do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública.* 2008; 42(1): 139-42.
5. Reichert J, AJ de Araújo, CMC Gonçalves, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol* 2008; 34 (10): 845-80.
6. Mark JE, Fillion KB, Yavin D, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ.* 2008; 179(2): 135-44.
7. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer/INCA. Abordagem e tratamento do fumante: Consenso. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.
8. Fagerström, O. Treatment of nicotine dependence. *Prog Brain Res*,1989; 79:321-6.
9. McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WE. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychother Theor Res Pract Train.* 1983; 20 (3), 368-75.
10. Szupszynski K. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias psicoativas ilícitas. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Curso de Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia, 2006.
11. Carney MM, Kivlahan DR. Motivational subtypes among veterans seeking substance abuse treatment profiles based on stages of change. *Psychol Addict Behav.* 1995; 9(2): 135-42.
12. Velasquez MM, Carbonari JP, DiClemente CC. Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: The Relation of the Transtheoretical Model Variables to Psychiatric Distress in Dually Diagnosed Patients. *Addict Behav.*1999; 24 (4): 481-96.
13. Calheiros PRV, Oliveira MS, Calheiros LB, et al. Fatores associados a recaída em tabagista sob tratamento psicoterápico. *Rev Cient Facimed.* 2009; 1 (1).
14. Beck AT, Epstein N, Brown G et al. An Inventory for Measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988; 56: 893-7.
15. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

16. Bortoluzzi MC, Kehrig RT, Loguercio AD, et al. Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba, RS). *Cienc Saúde Coletiva*. 2011; 16(3): 1853-9.
17. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiat*. 1961;4:53-63.
18. Lipp, MN. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
19. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer/INCA. Deixando de Fumar sem Mistérios – Manual do Coordenador. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
20. Cardinal Health. Micro Co Meter. Operation Manual; UK. 2008.
21. West R, Sohal T. “Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey. *Brit Med J*. 2006; 332 (7539): 458-60.
22. Nerín I, Novella P, Crucelaegui A, et al. Factores predictores de êxito a lós 6 meses em fumadores tratados em uma unidade de tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2004; 40(12): 558-62.
23. Azevedo RCS; Fernandes RF. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. *São Paulo Med J*. 2011; 129 (6): 380-6.
24. Otero UB, Perez CA, Szklo M, et al. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(2): 439-49.
25. Czernecki V, Pillon B, Houeto J, et al. Motivation, reward, and Parkinson’s disease: influence of dopatherapy. *Neuropsicologia*. 2002, 40: 2257-67.
26. Dórea AJ, Botelho C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2004; 30(2): 41-6.
27. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In Search of How People Change: Applications to addictive behaviour. *American Psychologist*. 1992; 47(9): 1102-14.
28. Russo AC, Azevedo RCS. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *J Bras Pneumol*. 2010; 36(5): 603-11.
29. Miller WR, Rollnick S. - Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
30. Miller WR, Rollnick S. Ten Things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother*. 2009; 37 (2): 129-40.

31. Oliveira MS, Jaeger A, Schreiner S. Abordagens terapêuticas no tratamento da dependência química. In: Carminha RM, organizador. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p 193-209.
32. Castro MMLD, Passos SRL. Entrevista Motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Rev Psiq. Clín.* 2005; 32 (6): 330-5.
33. Ismael SMC. Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista. [tese] São Paulo: Universidade de São Paulo. Curso de Medicina. Departamento de Ciências, 2007.
34. Martins KC, Seidl EMF. Mudança do Comportamento de Fumar em Participantes de Grupos de Tabagismo. *Psicol: Teor Pesq.* 2011; 27 (1): 55-64.
35. Issa JS, Perez GH, Diamant J, et al. Efetividade da bupropiona no tratamento de pacientes tabagistas com doença cardiovascular. *Arq. Bras Cardiol.* 2007; 88(4): 434-40.
36. Karen SKK, Oliveira ML, Pádua AI, et al. Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. *Medicina.* 2012; 45(3): 337-42.
37. Kirchenchtejn C, Chatkin JM. Dependência da Nicotina. In: Viegas CAA, coordenador. Diretrizes para a Cessação do Tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2004; 30(2): 11-8.
38. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas com o tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2007; 33(5): 592-601.
39. Gigliotti AP, Lemos T. Quais as características das comorbidades psiquiátricas e do tabagismo: depressão, ansiedade e esquizofrenia? In: Araújo AJ, organizador. Manual de Condutas e Práticas em tabagismo. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012. p. 274-8.
40. Andrade LHSG, Gorenstein C. Aspectos Gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev. Psiquiat. Clín.* 1998; 25 (6): 285-90.
41. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, et al. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA – Jam Med Assoc.* 2000; 284: 2606–10.
42. Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação Psicol.* 2006; 10 (01): 91-9.
43. Piper ME, Cook JW, Schlam TR, et al. Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment. *Addiction.* 2010; 106 (2): 418-27.
44. Urdapilleta-Herrera EC, Sansores RH, Ramirez-Venegas A, et al. Ansiedad y depresión em fumadores mexicanos y su relación com el grado de adicción. *Salud Pública de México.* 2010; 52(2):120-7.

45. Haro R, Drucker-Colín R. Effects of long-term administration of nicotine and fluoxetine on sleep in depressed patients. *Arch Med Res.* 2004; 35(6): 499-506.

5.2 DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA E NÍVEIS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM FUMANTES EM PROCESSO DE CESSAÇÃO

Status: Publicado na Revista de Psiquiatria Clínica (Apêndice F)

Resumo

Contexto: Depressão e ansiedade são patologias psiquiátricas que estão relacionadas ao tabagismo e associadas com a dependência, o processo de cessação, lapsos e recaídas após parar de fumar. **Objetivo:** Analisar a associação da dependência da nicotina com o nível de ansiedade e depressão de pacientes em cessação do tabagismo. **Métodos:** Estudo transversal realizado com pacientes dos programas de cessação do tabagismo de Cuiabá/MT. Todos os fumantes matriculados, durante o período de maio a agosto de 2012, participaram deste estudo. Foram aplicados quatro instrumentos: Questionário sociodemográfico, teste de Fagerström, Inventário de Ansiedade de Beck e Inventário de Depressão de Beck. Feita análise bivariada, razão de prevalência bruta, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$), tendo como variável desfecho a dependência nicotínica ≥ 5 (Fagerström). As associações com $p < 0,20$ foram selecionadas para a Regressão de Poisson Múltipla robusta (RPa). **Resultados:** Foram encontradas associações do Fagerstrom ≥ 5 com sexo masculino (RP = 1,15 IC 95% 1,03-1,28); quantidade de cigarros fumados/dia (RP = 1,33; IC 95% 1,19-1,48); e nível de depressão moderado/grave (RP = 1,15; IC 95% 1,04-1,28). No modelo final (RPa), permaneceram associadas as variáveis: sexo masculino (RPa 1,12; IC 95% 1,01-1,24), número de cigarros/dia (RPa 1,28; IC 95% 1,15-1,43) e alto nível de depressão (RPa 1,12; IC 95% 1,01-1,23). **Conclusão:** Alta dependência de nicotina foi associada significativamente ao nível de depressão, evidenciando a associação entre tabagismo e comorbidades psiquiátricas.

Abstract

Background: Depression and anxiety are psychiatric disorders that are related to tobacco use and associated with dependence, the process of cessation, lapses and relapses after quitting smoking. **Objective:** To analyze the association of nicotine dependence with the level of anxiety and depression in patients who are in the process of smoking cessation. **Methods:** Cross-sectional study conducted with patients who sought the smoking cessation program in Cuiabá/MT. All the smokers enrolled from May to August 2012, participated in this study. Four instruments were applied: Socio-demographic Questionnaire, Fagerstrom test, Beck Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory. Following bivariate analysis, using the crude prevalence ratio, with level of significance lower than 5% ($p < 0.05$), having as variable outcome the nicotine dependence ≥ 5 (Fagerstrom). The associations with $p < 0.20$ were selected for robust Multiple Poisson Regression (RPa). **Results:** Associations of Fagerstrom ≥ 5 with the male sex (RP = 1.15 CI 95% 1.03-1.28); number of cigarettes/day (RP = 1.33; CI 95% 1.19-1.48); and moderate/severe level of depression (RP = 1.15; CI 95% 1.04-1.28) were found. In the final model (RPa), the following variables remained associated: male gender (RPa 1.12; CI 95% 1.01-1.24), number of cigarettes/day (RPa 1.28; CI 95% 1.15-1.43) and high level of depression (RPa 1.12; CI 95% 1.01-1.23). **Discussion:** High level of nicotine dependence was associated significantly with the level of depression, emphasizing the association between smoking and psychiatric comorbidities.

INTRODUÇÃO

O tabagismo, além de ser conhecido fator de risco para diversas doenças, é doença propriamente dita. Em grande parte, a gênese desta doença é explicada pela dependência à nicotina que a maioria dos fumantes é acometida, sendo esta relacionada com a genética individual, os fatores ambientais e o número de cigarros fumados/tempo de tabagismo (carga tabágica)^{1,2}. A expressão clínica desta dependência se dá quando o fumante fica em abstinência da droga, manifestando uma gama variada de sintomas característicos (fissura, tremores, sudorese, agitação, falta de concentração, etc), destacando-se o intenso desejo de voltar a fumar, que na maioria das vezes torna-se compulsivo e incontrolável (craving)^{2,3}.

A avaliação da dependência nicotínica torna-se imprescindível para os fumantes em processo de cessação, pois dentre os fatores dificultadores desse processo o grau de dependência é determinante, tanto na tomada de decisão para deixar o cigarro, quanto para a manutenção do abandono^{2,4,5}. O teste de Fagerström é o instrumento de avaliação mais conhecido e o fumante ao atingir cinco ou mais pontos nesse teste é classificado como grau de dependência médio, elevado ou muito elevado, sendo considerado como fumante pesado e com maiores chances de fracasso³. Além disso, apresenta necessidade de medicação devido ao grau de dependência física da nicotina, sendo indicado alguma intervenção medicamentosa e/ou a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), para garantir menor sofrimento individual e melhorar as chances de sucesso. A taxa de recaída sem nenhuma intervenção é muito alta neste tipo de fumante^{2,3}.

A relação da depressão e da ansiedade com o tabagismo tem sido relatada na literatura, sendo essas variáveis associadas tanto com a adição propriamente dita, quanto aos fatores dificultadores no processo de cessação, bem como facilitadores de lapsos e recaídas após parar de fumar, com ou sem tratamento farmacológico ou apoio psicológico com a TCC⁶.

Quanto à depressão, há diferentes hipóteses acerca da natureza dessa associação. O tabagismo poderia agir como "automedicação" de sentimentos de tristeza ou humor negativo. Há evidências de que o uso de nicotina interfere nos sistemas neuroquímicos e estimula os circuitos neurais do sistema nervoso central, tais como mecanismos reforçadores associados à regulação de humor⁷. Tem-se ainda a hipótese que, mais do que uma relação unidirecional, tabagismo e depressão podem se influenciar reciprocamente. Fumantes deprimidos podem fumar para aliviar seus sentimentos negativos e, por conseguinte, o tabagismo para esses indivíduos torna-se reforçador. Outra teoria explicativa que vem ganhando cada vez mais adeptos é que uma série de variáveis comuns (como fatores genéticos e psicossociais),

contribuem para a expressão de ambos (tabagismo e depressão)⁸. No fumante com sintomas depressivos em processo de cessação, sabe-se que a probabilidade de abandono do tabagismo é reduzida, com mais risco de recaídas durante o período de abstinência, em comparação a fumante sem o mesmo histórico². Além disso, esse fumante corre o risco de desenvolver episódio depressivo mais importante, necessitando muitas vezes de tratamento específico ou até mesmo da ajuda especializada no tratamento das doenças psiquiátricas⁹.

Em relação à ansiedade, sabe-se que pessoas ansiosas têm mais facilidade da iniciação ao tabagismo e de, também, tornarem-se dependentes¹⁰. Em parte isto é explicado pelo efeito da nicotina nos circuitos cerebrais ao diminuir a ansiedade, produzir euforia e outras sensações percebidas como prazerosas pelo fumante¹¹. As mudanças do humor são percebidas quando o fumante entra em abstinência, pois aquele aparente equilíbrio se perde, transformando-o em agitado, impaciente e sem conseguir concentração necessária para as suas atividades diárias¹². Desta forma, fumantes com diagnóstico de ansiedade tendem a ter menores probabilidades de abstinência em longo prazo, comparados aos fumantes sem diagnósticos de ansiedade, precisando de acompanhamento ao longo do processo de cessação¹³.

Considerando a importância do conhecimento sobre a relação tabagismo e os transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos dos fumantes em processo de cessação, delineou-se este estudo. O objetivo central é analisar a relação entre a dependência nicotínica e os níveis de depressão e de ansiedade, com a finalidade de subsidiar e otimizar o planejamento das ações dos programas de cessação.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com avaliação de 216 pacientes cadastrados no Programa de Controle ao Tabagismo da rede pública, entre o período de maio até agosto de 2012. Estes pacientes eram oriundos de quatro unidades de Saúde de Cuiabá/MT (Hospital Universitário Júlio Müller, Policlínica do Coxipó, Policlínica do Planalto e Centro de Saúde do Campo Velho), que oferecem tratamento a pacientes com dependência ao tabaco pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Todos os fumantes inscritos no programa no período estudado foram convidados para participar deste estudo. Os participantes utilizaram o mesmo protocolo de tratamento: Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) + Bupropiona + Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). Após receber a medicação do médico-assistente todos os fumantes realizaram a avaliação

inicial (T0) com a pesquisadora principal (psicóloga) que orientava quanto ao esquema do tratamento proposto e fazia o agendamento da TCC. Após esclarecimento sobre o objetivo proposto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram aplicados os seguintes instrumentos de coleta de dados:

1. **Questionário perfil sociodemográfico:** Elaborado pelos pesquisadores para esta pesquisa e dividido em 2 partes. Parte I – identificação e dados sociodemográficos: gênero, idade, escolaridade, estado civil, renda e ocupação/profissão. Parte II. Status do tabagismo: tempo de tabagismo, número de cigarros/dia, idade do início do tabagismo e carga tabágica (ponto de corte 20 anos-maço). Nos resultados do status do tabagismo, os parâmetros usados para categorizar as variáveis foram a mediana, exceto na carga tabágica onde foi considerado resultado de estudo demonstrando que carga tabágica maior e acima de 20 é uma dependência mais elevada¹⁴.

2. **Teste de Fagerström (FTND):** questionário autoaplicável que contém 6 itens e que mostra o grau de dependência do indivíduo em relação à nicotina nos níveis: muito baixo (0 a 2 pontos), baixo (3 a 4 pontos), moderado (5 pontos), elevado (6 a 7 pontos) e muito elevado (8 a 10 pontos)¹⁵. Para análise estatística dos resultados, os fumantes com resultados de pontuação ≥ 5 foram categorizados como muito dependente e o valor abaixo de 5 como pouco dependente^{3,14}.

3. **Inventário de Ansiedade de Beck (BAI):** Escala que foi desenvolvida para avaliar a ansiedade tanto em pacientes psiquiátricos como na população em geral consiste de uma lista com 21 sintomas comuns de ansiedade, onde o paciente deve assinalar como se sentiu na última semana, inclusive hoje. Para este estudo os resultados foram dicotomizados em mínimo /leve e moderado/grave¹⁶.

4. **Inventário de Depressão de Beck (BDI):** Este inventário também consiste em 21 grupos de afirmações, onde o paciente deve assinalar como se sentiu na última semana. A avaliação do BDI categoriza os participantes em quatro níveis: mínimo, que corresponde à ausência de depressão, depressão leve, moderada e grave. Aqui também ocorreu uma dicotomização nos resultados em mínimo/leve e moderado/grave¹⁷.

Posteriormente os dados foram digitados duplamente em programa Epidata Versão 3.1 e analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0. A seguir, foi realizada uma análise bivariada, utilizando a razão de prevalência bruta, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e nível de significância inferior a 5% ($p < 0,05$). As variáveis com níveis de significância inferiores a 20 % ($p < 0,20$), pelo teste de qui-quadrado, foram designadas para serem testadas no Modelo de Regressão de Poisson

múltiplo com variância robusta (RP_a), permanecendo no modelo final as variáveis que apresentaram um p valor menor que 5% (p<0,05). O modelo de Poisson foi escolhido por ser a alternativa usada na literatura epidemiológica que estima o risco relativo em estudo transversal, usando a razão de prevalência¹⁸.

A variável dependente (desfecho) correspondeu ao FTND ≥ 5 . As variáveis independentes basearam nos 3 níveis hierárquicos de determinação das variáveis em relação ao desfecho que são proximais (ansiedade e depressão, carga tabágica e cigarros por dia). As variáveis que representam status do tabagismo como idade de início, tentativas de parar de fumar, tempo de fumo e o gênero podem ser consideradas intermediárias. Os fatores mais distais referem-se aos demais dados sociodemográficos como renda, ocupação, faixa etária e anos de escolaridade.

Esta pesquisa com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE nº 0106612.6.0000.5541) foi aprovada em 9 de maio de 2012 do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Júlio Müller com parecer do CEP nº 19548.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a associação entre o grau de dependência nicotínica e os fatores sociodemográficos. Observa-se que a alta dependência nicotínica (Fagerström ≥ 5) encontra-se associada com o gênero masculino (RP 1,15; IC 95% 1,03-1,28). Não houve associação com os outros fatores estudados: faixa etária (p=0,615), renda (p=0,892), escolaridade (p=0,976) e ocupação (p=0,923).

Tabela 1 – Resultados da análise bivariada da associação entre dependência nicotínica e fatores sociodemográficos, Cuiabá-MT.

Variáveis	Categoria	FAGERSTROM				RP _b	IC 95%	p
		≥ 5		ATÉ 4				
		n	%	n	%			
Gênero	Masculino	69	92,00	6	8,00	1,15	[1,03; 1,28]	0,023
	Feminino	113	80,14	28	19,86	1,00	-	-
Faixa etária	20 – 39 anos	41	82,00	9	18,00	1,06	[0,84; 1,33]	0,615
	40 – 59 anos	117	86,67	18	13,33	1,12	[0,92; 1,37]	0,262F
	60 anos ou mais	24	77,42	7	22,58	1,00	-	-
Renda	> mediana(2.000)	78	83,87	15	16,13	0,99	[0,88; 1,12]	0,892
	≤ mediana(2.000)	104	84,55	19	15,45	1,00	-	-
Anos escolaridade	>8	128	84,21	24	15,79	1,00	[0,88; 1,13]	0,976
	≤8	54	84,38	10	15,62	1,00	-	-
Ocupação	Não Trabalha	68	83,95	13	16,05	0,99	[0,88; 1,12]	0,923
	Trabalha	114	84,44	21	15,56	1,00	-	-

RP_b: Razão de prevalência bruta. **IC 95%**: intervalo de confiança de 95%. **p**: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado. F: Teste Extao de Fisher.

A associação entre o grau de dependência nicotínica e o status do tabagismo encontra-se na Tabela 2. A dependência nicotínica alta está associada com o maior número de cigarros fumados/dia (RP 1,33; IC 95% 1,19-1,48) e carga tabágica ≥ 20 (RP 1,35; IC 95% 1,11-1,64). Não houve associação entre a alta dependência e tempo de tabagismo ($p=0,315$), idade do início do tabagismo ($p=0,829$), número de tentativas de parar de fumar ($p=0,564$).

Tabela 2 – Resultados da análise bivariada da associação entre dependência nicotínica e status do tabagismo, Cuiabá-MT.

Variáveis	Categoria	FAGERSTROM				RP _b	IC 95%	P
		≥ 5		ATÉ 4				
		n	%	N	%			
Tempo de fumo	\leq a 20 anos	44	80,00	11	20,00	0,93	[0,81; 1,08]	0,315
	$>$ 20 anos	138	85,71	23	14,29	1,00	-	-
Idade de início	$>$ Mediana(16)	82	83,67	16	16,33	0,99	[0,88; 1,11]	0,829
	\leq Mediana(16)	100	84,75	18	15,25	1,00	-	-
Cigarros por dia	$>$ Mediana(20)	92	97,87	2	2,13	1,33	[1,19; 1,48]	<0,001
	\leq Mediana(20)	90	73,77	32	26,23	1,00	-	-
Carga Tabágica	≥ 20	146	90,12	16	9,88	1,35	[1,11; 1,64]	<0,001
	< 20	36	66,67	18	33,33	1,00	-	-
Tentativas parar fumar	Nenhuma	35	81,40	8	18,60	0,96	[0,82; 1,12]	0,564
	Alguma	147	84,97	26	15,03	1,00	-	-

RP_b: Razão de prevalência bruta. **IC 95%**: intervalo de confiança de 95%. **p**: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado.

Os resultados dos instrumentos para avaliar o nível de ansiedade (BAI) ou depressão (BDI) encontram-se na Tabela 3. Nota-se que a alta dependência nicotínica está associada com o maior nível de depressão (RP 1,15; IC 95% 1,04-1,28), diferentemente do nível de ansiedade que não mostrou significância estatística ($p= 0,619$).

Tabela 3 – Resultados da análise bivariada da associação entre dependência nicotínica e os instrumentos de avaliação psicológica, Cuiabá-MT.

Variáveis	Categoria	FAGERSTROM				RP _b	IC 95%	P
		≥ 5		ATÉ 4				
		n	%	n	%			
BAI	Moderado/Grave	72	82,76	15	17,24	0,97	[0,86; 1,09]	0,619
	Mínimo/leve	110	85,27	19	14,73	1,00	-	-
BDI	Moderado/Grave	62	92,54	5	7,46	1,15	[1,04; 1,28]	0,025
	Mínimo/leve	120	80,54	29	19,46	1,00	-	-

RP_b: Razão de prevalência bruta. **IC 95%**: intervalo de confiança de 95%. **p**: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado.

Na Tabela 4 é apresentado o modelo final da análise multivariada de Regressão de Poisson Robusta (RP_a). As seguintes variáveis permaneceram associadas a alta dependência nicotínica (Fagerström ≥ 5): gênero masculino (RP_a 1,12; IC 95% 1,01-1,24), maior número de cigarros fumados/dia (RP_a 1,28; IC 95% 1,15-1,43) e maior nível de depressão (RP_a 1,12; IC 95% 1,01-1,23).

Tabela 4 – Razão de prevalência ajustada por regressão de Poisson Robusta (RP_a), das variáveis associadas a Fagerström ≥ 5 (em 216 pacientes, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e valor de p das variáveis selecionadas pelo método *backward*, Cuiabá-MT.

Variáveis	Categoria	RP _a	IC 95%	Valor p
Gênero	Masculino	1,12	1,01 a 1,24	0,029
	Feminino	1,00		
Cigarros por dia	> a Mediana (20)	1,28	1,15 a 1,43	<0,001
	≤ a Mediana (20)	1,00		
BDI	Moderado/Grave	1,12	1,01 a 1,23	0,031
	Mínimo/Leve	1,00		

RP_a : Razão de Prevalência ajustada no modelo de regressão de Poisson com seleção de variáveis. *Significante ao nível de 5%. IC Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo comprovam a influência da relação tabagismo e depressão. Mostram associação entre o grau de dependência nicotínica, medida pelo Teste de Fagerström, e maior nível de depressão captada por instrumento validado para definir níveis de sintomas depressivos (BDI). Estes dados estão de acordo com a literatura, onde o alto grau de adição pelo Fagerström foi associado com sintomas depressivos graves^{19,20}.

Sabe-se que o maior grau de dependência da nicotina é fator determinante para o sucesso na cessação do tabagismo e que diversas características dos fumantes estão inter-relacionadas¹⁹. Neste estudo, quanto aos dados sociodemográficos, o gênero masculino foi a variável associada à alta dependência nicotínica, tanto pela análise bivariada como no modelo final de regressão empregada. Este resultado está de acordo com algumas pesquisas onde ser do sexo masculino foi uma das variáveis consideradas como preditoras de maior dependência, com homens apresentando maior dependência do que as mulheres²¹. Todavia, outros estudos mostram resultados diferentes, que relatam que o gênero não esteve associado ao grau de dependência avaliado pelo Teste de Fagerström²².

Maior número de cigarros fumados por dia e alta carga tabágica também foram variáveis que apresentaram associação com a alta dependência nicotínica. Este resultado era esperado, pois existem numerosos trabalhos que mostram que quanto maior o consumo diário de cigarros e a carga tabágica, maior é o grau de dependência nicotínica^{19,21}. A explicação para isso é que consumidores de 20 cigarros/dia geralmente estão nicotino-dependentes e passíveis de fortes sintomas de abstinência²³. O fumante nicotino-dependente tem forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância, dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo, um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, o que caracteriza a síndrome de abstinência²⁴.

Quanto aos níveis de depressão e ansiedade e a associação com maior grau de dependência nicotínica os resultados aqui encontrados mostram que somente a depressão mostrou-se associada, o que confirma muito dos relatos da literatura¹⁹. Por outro lado, estes dados divergem de pesquisas que não encontraram associação entre a dependência nicotínica e a depressão no sexo masculino²⁵, bem como a não associação entre gravidade do tabagismo e depressão entre pessoas do sexo masculino e nem feminino²².

Os sintomas depressivos são fenomenologicamente heterogêneos e incluem tristeza, anedonia (perda da capacidade de sentir prazer), problemas de concentração, alterações no apetite ou no peso, alterações no sono, culpa excessiva e outros²⁴. A sintomatologia depressiva é maior em fumantes com elevado grau de adição, bem como os que têm uma história de maior consumo acumulativo de cigarros. Outros relatos mostram que o tabagismo está associado com a morbidade psiquiátrica mesmo, depressão moderada a grave^{19,26} e que a nicotina parece ser uma forma de automedicação, tendo em vista que ela pode alterar o humor e aliviar os sintomas depressivos. Em relação a esta última hipótese (automedicação), autores relatam que o tabagismo pode combater os sintomas de desânimo e tristeza típicos da depressão, todavia este fato acaba levando o fumante a consumir maior quantidade de cigarros/dia e que pode potencialmente aumentar a dependência na nicotina¹². Além disso, o tabagismo e a depressão podem se influenciar reciprocamente. Alguns fumantes buscam aliviar no cigarro sentimentos negativos e indesejáveis e, desta forma, o tabaco para esses indivíduos pode ser um reforçador positivo²⁷. A relação tabagismo e depressão ainda está sendo investigada para determinar o verdadeiro sentido de causa-efeito entre o tabaco e a depressão, bem como o tratamento apropriado^{9,28}.

Neste estudo a ansiedade não se mostrou associada ao grau de dependência nicotínica divergindo do resultado encontrado em outras pesquisas¹⁹. Em relação à associação da

nicotina com a ansiedade existem controvérsias, pois alguns autores são enfáticos ao afirmar que a ansiedade não mostra uma relação direta com o tabagismo. Outros são categóricos em enfatizar a relação entre ambos, pontuando que depende do diagnóstico do tipo de transtorno ansioso²⁹. A ansiedade pode ser definida como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo motivadora do desempenho. Pode passar a ser patológica quando for desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existir um objeto específico ao qual se direcione³⁰. Todavia, saindo fora desta discussão acadêmica, o papel da ansiedade no fumante em processo de cessação do tabagismo deve ser sempre lembrado no momento do seu atendimento, visando auxiliá-lo a superar os seus sintomas.

Como limitações deste estudo, ressaltam-se aquelas relacionadas aos instrumentos de coleta de dados. O Teste de Fagerström, um dos questionários mais utilizados para verificar a dependência à nicotina, tem suas próprias limitações, pois consegue avaliar somente a dependência física e não mede a psicológica⁵. O Inventário de Ansiedade de Beck avalia a presença de sintomas de ansiedade em geral. Contudo, o referido instrumento não identifica a presença de sintomatologia de transtornos de ansiedade específicos, como transtorno do pânico, fobia social entre outros. Mesmo assim, estas pequenas limitações não invalidam os resultados aqui encontrados, pois os dados analisados são importantes para subsidiar futuras ações de planejamento para melhor atendimento dos fumantes com sintomas depressivos e com alta dependência nicotínica.

Concluí-se que a alta dependência nicotínica está associada com ser do gênero masculino, maior quantidade de cigarros fumados/dia e o moderado/grave nível de depressão. Sugere-se que dentro dos programas de cessação do tabagismo sejam incluídos instrumentos de avaliação dos níveis de depressão e ansiedade, com a adoção de intervenções psicológicas individuais ou grupais, dando especial atenção aos fumantes com sintomas depressivos.

REFERÊNCIAS

1. Gigliotti AP, Lemos T. Qual a relação entre o tabagismo e as comorbidades psiquiátricas? In: Araújo, AJ. Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo, 2012.
2. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para a cessação do tabagismo – 2008. J Bras Pneumol. 2008; 34 (10): 845-80.

3. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional de Câncer – INCA. Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
4. Santos VA, Migott AM, Bau CH, Chatkin JM. Tobacco smoking and depression: results of a cross-sectional study. *Br J Psychiatry*. 2010; 197 (5): 413-16.
5. Halty LS, Hüttner MD, Netto ICO, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J Bras Pneumol*. 2002; 28(4): 180-6.
6. Mykletun A, Overland S, Aaro LE, Liabo HM, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: Evidence from a large population survey: The HUNT study. *Eur Psychiat*. 2008; 23: 77-84.
7. Batra A. treatment of Tobacco Dependence. *Dtsch Arztebl Int*. 2011 Aug; 108 (33); 555-64.
8. Mickens L, Greenberg J, Ameringer KJ, Brightman M, Sun P, Leventhal AM. Associations Between Depressive Symptom Dimensions and Smoking Dependence Motives. *Eval Health Prof*. 2011; 34(1) 81-102.
9. Boden JM, Fergusson Dm, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of casual linkages using a longitudinal birth cohort. *Br J Psychiatry*. 2010; 196:440-6.
10. Patton GC, Carlin JB, Coffey C, Wolfe R, Hibbert M, Bowes G. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *Am J Public Health*. 1998; 88:1518-22.
11. Calheiros PRV, Oliveira MS, Wagner MF, Matos KS. Sintomas de ansiedade em Tabagistas no Início do Tratamento. *Rev Psicologia IMED*. 2009; 1(1): 46-55.
12. Edwards AC, Kendler KS. Nicotine Withdrawal-Induced Negative Affect is a Function of Nicotine Dependence and Not Liability to Depression or Anxiety. *Nicotine Tob Res*. 2011; 13(8): 677-85.
13. Piper ME, Cook JW, Schlam TR, Jorenby DE, Baker TB. Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment: relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment. *Addiction*. 2010; (106): 418-27.
14. Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2010; 36(1): 67-74.
15. Fagerström O. Treatment of nicotine dependence. *Prog Brain Res*. 1989; 79:321-6.
16. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988, 56:893-7.

17. Beck AT, CH Ward, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961, 4: 561-71.
18. Barros AJD, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003; 3(21): 1-13.
19. Urdapilleta-Herrera EC, Sansores RH, Ramíres-Venegas A, Méndez-Guerra M, Lara-Rives Ag, Guzmán-Barragán SA, et al. Ansiedad y depression en fumadores mexicanos y su relación com el grado de adicción. *Salud Publica México*. 2010; 2 (51): 120-7.
20. Fagerström K, Furberg H. A comparison of the Fagerström Test fot Nicotine Dependence and Smoking Prevalence across countries. *Addiction*. 2008; 103: 841-5.
21. Afonso F, Pereira MG. Preditores da dependência nicotínica e do comportamento planeado para deixar de fumar. *Aná Psicológica*. 2013; 31 (1): 17-22. Castro MGT, Oliveira 22.MS, Araujo RB, Pedroso RS. Relação entre Gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul*. 2008; 30(1): 25-30.
23. Rosenberg J. Nicotina. Droga Universal. ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/nicotina.pdf. Acessado em 30/05/2011.
24. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical of mental disorders 4- DSM IV. Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders. Estados Unidos: 2006.
25. Alati R, Kinner S, Najman JM, Fowler G, Watt K, Green D. Gender differences in the relationships between alcohol, tobacco and mental health in patients attending an emergency department. *Alcohol*. 2004; 39 (5): 463-9.
26. Bortoluzzi MC, Kehring RT, Loguercio AD, Traebert JL. Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba, SC). *Ciênc & Saúde Colet*. 2011; 16 (3): 1953-9.
27. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Clín*. 2003; 30(6): 221-8.
28. Weinberger AH, Mazure CM, Alejandra-Morllett BA, Mckee SA. Two decades of smoking Cessation Treatment research on Smokers With Depression: 1990-2010. *Nicotine Tob Res*. 2013; 15(6):1014-31.
29. Hofman SG, Richey JA, Kashdan TB, McKnight PE. Anxiety disorders moderate the association between externalizing problems and substance use disorders: Data from the National Comorbidity Survey-Revised. *J Anxiety Disord*. 2009; 23: 529-34.

30. Andrade LHS, Gorestein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. Rev. Psiquiatr Clín. 1998; 25(6): 285-90.

5.3 ABANDONO DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA À NICOTINA. UM ESTUDO DE COORTE

Status: Encaminhado ao São Paulo Medical Journal (Apêndice G)

PALAVRAS CHAVES: Hábito de fumar. Recusa do paciente ao tratamento. Transtorno por uso de tabaco. Abandono do uso de tabaco. Motivação.

RESUMO

CONTEXTO E OBJETIVOS: A não adesão ao tratamento é um dos fatores dificultadores do processo de cessação do tabaco. Este estudo objetiva comparar características sociodemográficas, status tabagismo e motivação entre fumantes que abandonaram ou não o tratamento do tabagismo e analisar a associação entre fatores sociodemográficos e tabaco.

TIPO DE ESTUDO E LOCAL: Estudo de coorte, com 216 fumantes atendidos em unidades de saúde de Cuiabá/MT.

MÉTODOS: Instrumentos: Questionários, Teste de Fagerström, Urica e Cage. Os dados da avaliação inicial, após 45 dias e 6 meses de acompanhamento foram analisados via teste de duas proporções ($\alpha < 0,05$). Realizada análise bivariada, razão de prevalência bruta, nível de significância 5% ($P < 0,05$); tendo como variável desfecho o abandono do tratamento. As associações com $P < 0,20$ foram selecionadas para a Regressão de Poisson múltipla robusta (RP_a).

RESULTADOS: A taxa de abandono foi 34,26%. O predomínio no grupo abandono foi no gênero masculino, faixa etária 20-39 anos, trabalham, baixa motivação, menor tempo de fumo e de carga tabágica. O abandono foi associado ao sexo masculino, 20-39 anos, trabalham e motivação. No modelo final (RP_a), gênero (RP_a 1,47; IC 95% 1,03-2,10) e faixa etária (RP_a 3,77; IC 95% 1,47 – 9,67) permaneceram associados ao abandono.

CONCLUSÃO: Gênero masculino, faixa etária de 20-39, que trabalham, com baixa motivação, média menor de tempo de fumo e carga tabágica abandonaram mais o tratamento. Gênero masculino e faixa etária jovem estão associados ao abandono do tratamento da dependência à nicotina.

KEY WORDS: Smoking. Treatment refusal. Tobacco use disorder. Tobacco use cessation. Motivation.

ABSTRACT

CONTEXT AND OBJECTIVE: Non-adherence to treatment is one of the hindering factors in the smoking cessation process. This study aims at comparing the sociodemographic characteristics, smoking status, and motivation among the smokers who maintained or abandoned the treatment to stop smoking and at analyzing the association between sociodemographic factors and smoking.

DESIGN AND SETTING: Cohort study of 216 smokers who sought treatment at health units in Cuiabá/MT.

METHODS: Instruments: Questionnaires, Fagerström Test, Urica and Cage. The data from the initial evaluation, after 45 days and 6 months of follow-up were analyzed utilizing the two proportions test ($\alpha < 0.05$). A bivariate analysis was performed, crude prevalence ratio, significance level of 5% ($P < 0.05$), having the outcome variable the abandonment of treatment. Associations with $P < 0.20$ were selected for multiple robust Poisson Regression (RPa).

RESULTS: The abandonment rate was 34.26%. The predominance in the dropout group was the male gender, 20-39 year age group, employed, low motivation, shortest time smoking, and tobacco intake. Abandonment was associated with the male gender, 20-39 age group, employment, and motivation. In the final model, (RPa), gender (RPa 1.47; CI 95% 1.03-2.10) and age group (RPa 3.77; CI 95% 1.47-9.67) remained associated with abandonment.

CONCLUSION: Male gender, 20-39 age group, who are employed, have a low motivational level, the shortest average time spent smoking and lowest tobacco intake have more frequently abandoned the treatment. Male gender and a younger age group are associated with the abandonment of the treatment of nicotine dependence.

INTRODUÇÃO

Como fator de risco ou doença crônica o tabagismo é um dos grandes males da humanidade, tornando-se problema de saúde pública mundial, pois provoca aproximadamente 6 milhões de óbitos por ano, pelo consumo direto do tabaco e derivados ou pela exposição à poluição tabagística ambiental (PTA)¹.

No Brasil, a prevalência do tabagismo encontra-se em declínio ao longo dos anos, desde que as políticas públicas foram implementadas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) em 1989². Atualmente esse programa é denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR) e reconhecido como um dos mais efetivos no desenvolvimento das múltiplas ações de controle ao tabaco em todo o mundo, sendo referência internacional³.

O Programa envolve dois principais grupos de ações: o primeiro direcionado para a prevenção da iniciação tabágica, focando nas crianças e adolescentes; o segundo voltado aos fumantes, para que deixem de fumar⁴. O tratamento do tabagismo foi inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) pela pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que criaram portarias aprovando o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina².

O tratamento do tabagismo preconizado é baseado no apoio psicológico (Terapia Cognitivo-Comportamental - TCC) e na utilização de medicamentos para o controle da síndrome de abstinência⁵. Os medicamentos utilizados pelo PNCT são indicados pelos consensos como de primeira linha: adesivos transdérmicos de nicotina, goma de mascar de nicotina e o cloridrato de bupropiona⁶.

Apesar da grande importância destes consensos no tratamento do tabagismo, eles não estão conseguindo atingir o sucesso terapêutico desejado, pois as taxas de sucesso encontradas nos diversos ensaios clínicos são baixas⁷. Além disso, existe o abandono do tratamento, um tema ainda pouco estudado no tabagismo. Muitos pacientes inscritos e avaliados nos programas de cessação abandonam o tratamento sem completar as reuniões da TCC necessárias e interrompem o uso dos medicamentos, sendo contabilizados em muitos estudos como fracasso ou recaídas⁸.

A questão do abandono do tratamento é um problema pouco estudado que deveria ser mais valorizado, pois cada paciente que desiste do programa e persiste fumando continuará sofrendo os danos diretos causados pelo tabaco e o impacto da morbimortalidade decorrente das doenças relacionadas ao consumo do tabaco (DRT). Além disso, gera um ônus econômico e social. O fumo causa um prejuízo anual de R\$ 338,6 milhões ao SUS⁹.

No município de Cuiabá, Mato Grosso, o programa funciona de acordo com as diretrizes e normas do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) com ações direcionadas à educação e promoção à saúde³. Entretanto uma das dificuldades encontradas na prática pelos profissionais de saúde na execução dessas ações é que apesar da demanda elevada pelo serviço, o abandono ao tratamento durante o processo de cessação do tabagismo é significativo. Algumas hipóteses podem ser elencadas tais como grau de motivação, ocupação e características sócio-demográficas do fumante, o que mostra a necessidade de se aprofundar este conhecimento para poder elencar ações e propor abordagens mais eficazes no tratamento dos dependentes.

OBJETIVO

Deste modo, o objetivo do presente trabalho foi comparar as características sócio-demográficas, o status do tabagismo, alcoolismo e o grau de motivação, entre os fumantes que abandonaram e os que não abandonaram o tratamento da dependência à nicotina e analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e o abandono do tratamento do tabagismo nas unidades de saúde da cidade de Cuiabá, Mato Grosso.

MÉTODOS

Estudo de coorte realizado com pacientes, maiores de 18 anos, que procuraram espontaneamente ou foram referenciados para os programas de cessação do tabagismo de quatro unidades de saúde em Cuiabá/MT (Hospital Universitário Júlio Müller, Centro de Saúde do Campo Velho, Policlínica do Coxipó e do Planalto). Todos os fumantes matriculados na fase inicial destes programas, durante o período de maio a agosto de 2012, foram convidados para participar deste estudo e os que concordaram foram relacionados, tendo suas fichas de pesquisa numeradas sucessivamente e constituíram a população do presente estudo, totalizando 216 participantes.

O critério de inclusão foi ser fumante, acima de 18 anos de idade e ter o desejo de parar de fumar, matriculado na fase inicial do programa de cessação. Foram excluídos deste estudo os participantes que tinham limitações cognitivas, eram dependentes de outras substâncias psicoativas, exceto a cafeína, mulheres gestantes e nutrízes.

Nesta pesquisa o tamanho da população (N) era desconhecido, bem como a proporção de tabagistas que conseguiria abandonar o cigarro no município de Cuiabá durante a coleta de dados. Sendo assim, para determinar o tamanho de amostra aproximado (n) foi utilizada uma expressão¹⁰⁻¹² considerando o Coeficiente de confiança de 95%, erro de amostragem de 7,00% ($d=0,07$), indicando que a distância entre a estimativa da amostra e o parâmetro populacional não deveria exceder esse valor; proporção de 0,5 ($p=0,5$) este valor foi adotado devido a que se desconhecia a prevalência do desfecho e também por este valor proporcionar uma maior variância, e a mesma possibilita à obtenção de uma amostra com maior tamanho, para uma determinada precisão fixada¹³.

Assim, utilizando a expressão (1) o tamanho da amostra obtido foi de 196 participantes. Considerando-se uma porcentagem de perdas de 10%, o número final da amostra foi de 216 indivíduos. Desta forma, todos os pacientes matriculados no programa a

partir de maio de 2012 fizeram parte deste estudo e a coleta encerrou quando atingiu o número de pacientes necessário para a amostra. Foi utilizado neste estudo o mesmo protocolo de tratamento: terapia de reposição de Nicotina (TRN) + Bupropiona + Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) com todos os pacientes.

Os participantes que permaneceram no programa foram acompanhados pelo médico na fase inicial, 30 dias após início da medicação e avaliação mensal até completar seis meses de terapêutica. Com a psicóloga, após a avaliação inicial com aplicação dos instrumentos, todos foram convidados para realização da TCC com quatro sessões em grupo (número de 10 a 15 pacientes), com duração de uma hora e meia, uma vez por semana durante o período de quatro semanas (Ministério da Saúde, 2004b). A posteriori, ocorreram mais cinco encontros de acompanhamentos: 15 dias, 30 dias, 60 dias, 90 dias, 180 dias. Dos 216 pacientes iniciais, 74 (34,26%) desistiram do tratamento no decorrer do processo e 142 completaram o tratamento até 6 meses (65,74%) (Figura 1).

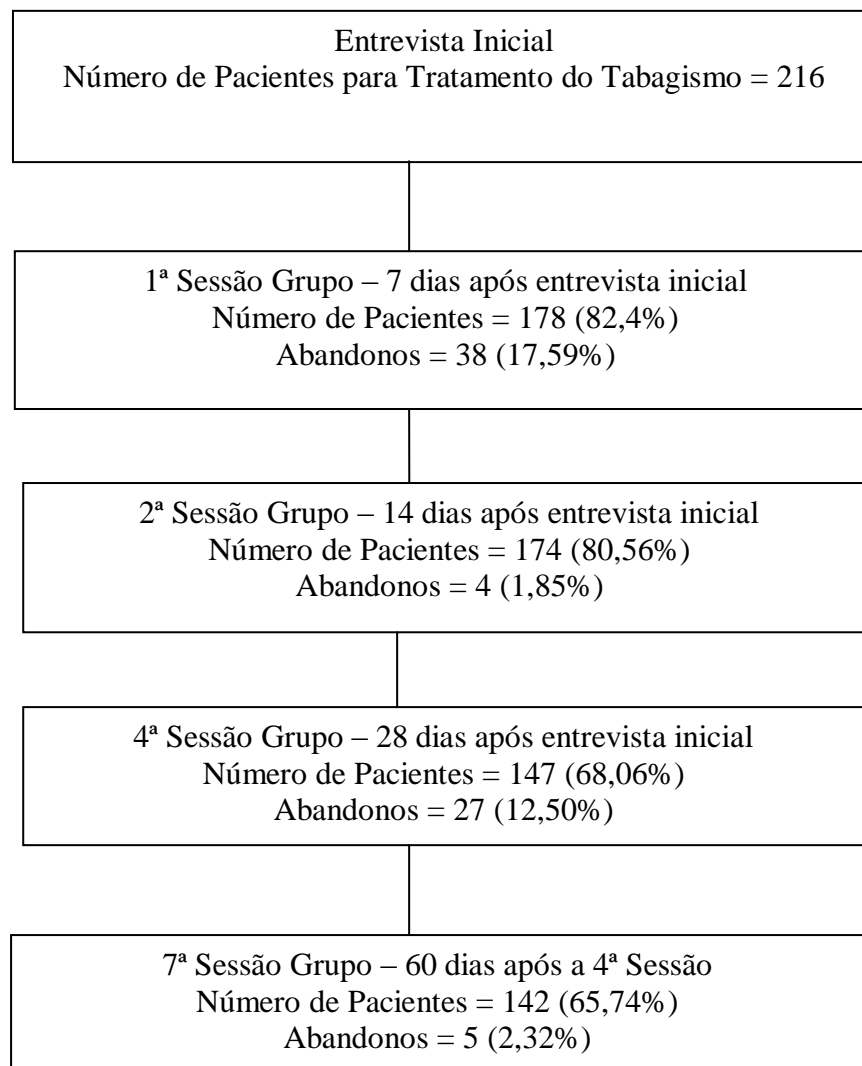


Figura 1. Acompanhamento do Abandono do Tratamento dos pacientes durante o processo.

Os instrumentos utilizados na entrevista inicial individual com a psicóloga para a coleta de dados foram:

1. Questionário perfil sóciodemográfico: especificamente elaborado para esta pesquisa, que foi construído baseado no modelo usado e distribuído pelo INCA/MS (Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde), que contém 2 partes. Parte I – identificação e dados sociodemográficos, com as seguintes variáveis: GÊNERO, idade, estado civil, profissão, escolaridade e renda familiar. Parte II – Status do tabagismo, com as variáveis: tempo de tabagismo, número de cigarros /dia, idade do início do tabagismo, número de tentativas de abandono.

2. Teste de Fagerström – Test for Nicotine Dependence (FTND) ¹⁴: para análise da dependência à nicotina, cujos escores maiores que a mediana (≥ 6) foram categorizados como muito dependente e aquele com valor abaixo de 6 como pouco dependente.

3. CAGE, sigla em inglês, que se refere as palavras como Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener elaboradas para detectar suspeita de alcoolismo, desenvolvido em 1974¹⁵ e validado no Brasil em 1983¹⁶.

4. URICA, (University of Rhode Island Change Assessment) ¹⁷, versão reduzida, que avalia o estágio motivacional (Pré-Contemplação, Contemplação, Preparação e Ação) em relação ao comportamento de usar drogas. O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTMC) baseado nos estágios do americano James O. Prochaska foi validado e padronizado para a população brasileira para drogas ilícitas com transcrição para o tabaco¹⁸. Utilizou estudo anterior como referência para dicotomizar os dados em Pré-Contemplação/Contemplação e Preparação/Ação¹⁹.

Após o preenchimento dos instrumentos, os dados foram conferidos e digitados duplamente em programa Epidata Versão 3.1. No presente estudo foram analisados os resultados dos instrumentos da avaliação inicial. e os pacientes foram acompanhados por 6 meses, contabilizando o número de pessoas que abandonaram o programa. Como abandono foi considerado o fumante que após a consulta médica e avaliação inicial com a psicóloga não compareceu à primeira sessão de TCC ou desistiu do tratamento nas sessões subsequentes.

Para análises dos dados inicialmente foi realizada análise descritiva, utilizando medidas de posição e variação (média, mediana e desvio padrão) e proporções, para a variável tabagismo, considerando as categorias abandono do tratamento e não abandono. A seguir foi efetuada uma análise inferencial dos dados, utilizando a técnica de comparação para duas proporções, considerando a distribuição normal com seus respectivos intervalos de confiança de 95%, assim

para testar diferenças destas duas proporções foi utilizado o teste para duas proporções, com nível de significância de 0,05 ($\alpha < 0,05$)²⁰.

A análise bivariada foi realizada, tendo como referência a razão de prevalência bruta, com o intervalo de confiança de 95% e nível de significância inferior a 5% ($p < 0,05$). As variáveis com níveis de significância inferiores a 20 % ($p < 0,20$), pelo teste de qui-quadrado, foram designadas para serem testadas no Modelo de Regressão de Poisson múltiplo com variância robusta (RP_a), permanecendo no modelo final as variáveis que apresentaram um p valor menor que 5% ($p < 0,05$).

O modelo de Poisson foi escolhido por ser a alternativa usada na literatura epidemiológica que estima o risco relativo em estudo transversal, usando a razão de prevalência²¹.

Com o propósito de verificar os efeitos ajustados das variáveis explicativas na associação com a variável dependente (o abandono do tratamento). A variável dependente (desfecho) correspondeu ao abandono do tratamento e as variáveis independentes consideradas no modelo foram gênero, faixa etária, nível motivacional e ocupação, anos de escolaridade, Cage, transtornos psiquiátricos, atividade física e religião.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em 9 de maio de 2012, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0106612.6.0000.5541) e com parecer do CEP nº 19548.

RESULTADOS

A distribuição do abandono do tratamento, as porcentagens, médias e desvio padrão dos participantes segundo as variáveis sócio-demográficas e as relacionadas ao tabagismo (tempo de tabagismo, idade de início, cigarros/dia, carga tabágica, tentativas parar de fumar e fagerström), cage, tratamento psiquiátrico e nível motivacional estão apresentados na **tabela 1**. Nesta tabela, quando se compara abandono e não abandono, observa-se que maior abandono nos participantes do gênero masculino ($p=0,030$ e $\Delta 15,01$), faixa etária 20-39 anos ($p=0,011$ e $\Delta 16,17$), ocupação estar trabalhando ($p=0,016$ e $\Delta 15,93$) e menor grau de motivação (Pré-Contemplação/Contemplação ($p=0,008$ e $\Delta 12,31$)). Por outro lado, as variáveis anos de escolaridade, religião, atividade física, Cage e Transtorno psiquiátrico prévio não apresentaram diferenças estatisticamente significantes, quando comparados os dois grupos estudados. Observa-se que na comparação das médias do abandono com o não abandono do tratamento, segundo as variáveis relacionadas ao tabagismo ocorre maior abandono nos pacientes com menor média do tempo de tabagismo ($27,10 \pm 12,10$, $p=0,001$) e

a menor média da carga tabágica (34,20, \pm 22,90, $p= 0,043$). As outras variáveis estudadas (Idade de início, cigarros/dia, tentativas de parar de fumar e Fagerström) em média não apresentaram diferenças estatisticamente significante na comparação entre o abandono e não abandono do tratamento.

Tabela 1 – Número, porcentagem, média e desvio padrão dos participantes, comparando abandono com não abandono do tratamento da dependência à nicotina, segundo as variáveis sociodemográficas, CAGE, tratamento psiquiátrico, grau de motivação e variáveis relacionadas ao tabagismo, Cuiabá, MT, 2013.

Variáveis	Categoria	Fumantes				Δ_p	*IC 95%
		Abandono		Não Abandono			
		N	%	n	%		
Gênero	Masculino	33	44.59	42	29.58	15.01	[1.43 ; 28.60]
	Feminino	41	55.41	100	70.42	-15.01	[-28.60; -1.43]
Idade	20 – 39 years	25	33.78	25	17.61	16.17	[3.71 ; 28.64]
	40 – 59 years	45	60.81	90	63.38	-2.57	[-16.23; 11.09]
	60 years or more	4	5.40	27	19.01	-13.61	[-21.87; 5.35]
Anos escolarid.	≤ 8	24	32.43	40	28.17	4.26	[-8.72 ; 17.24]
	> 8	50	67.57	102	71.83	-4.26	[-17.24 ; 8.72]
Ocupação	Trabalha	20	27.03	61	42.96	-15.93	[-28.92 ; -2.94]
	Não trabalha	54	72.97	81	57.04	15.93	[2.94 ; 28.92]
Religião	Caatólica	45	60.81	97	68.31	-7.50	[-21.00 ; 6.00]
	Outras	29	39.19	45	31.69	7.50	[-6.00 ; 21.00]
Physical Activity	Performing	10	13.51	21	14.79	-1.28	[-11.01; 8.46]
	Non performing	64	86.49	121	85.21	1.28	[-8.46; 11.01]
Cage	Positive	18	24.32	31	21.83	2.49	[-9.41; 14.40]
	Negative	56	75.68	111	78.17	-2.49	[-14.40; 9.41]
Previous psychiatric disorder	Had	32	43.24	52	36.62	6.62	[-7.17; 20.42]
	Did not have	42	56.76	90	63.38	-6.62	[-20.42; 7.17]
Motivation Level	Pre-contemplation / Contemplation	68	91.89	113	79.58	12.31	[3.22; 21.40]
	Preparation/Action	6	8.11	29	20.42	-12.31	[-21.40; -3.22]

Variáveis	n	Fumantes			Não Fumantes	Δ_m	**IC95%
		Abandono	DP	n			
Duration of smoking	74	27.10	12.10	142	32.80	12.10	
Age of onset	74	18.07	6.54	142	17.08	5.910	0.99 [-0.80 ; 2.79]
Cigarettes/day	74	25.20	13.10	142	25.70	15.90	-0.50 [-4.53 ; 3.45]
Smoking burden	74	34.20	22.90	142	41.70	31.00	-7.50 [-14.89 ; -0.23]
Attempts to quit smoking	74	2.14	2.49	142	2.14	2.32	0.00 [-0.70 ; 0.68]
Fagerström	74	6.45	1.94	142	6.34	2.12	0.11 [-0.46 ; 0.68]

Δ_p : estimate of the difference of the proportions. Δ_m : estimate of the difference of the means. **SD**: standard deviation. ***IC 95%**: Confidence Interval of 95% for proportion differences. **F**: Fisher's exact test. ****IC 95%**: Confidence Interval of 95% for means differences.

A associação entre o abandono do tratamento do tabagismo e as variáveis socio-demográficas encontra-se na **Tabela 2**. O abandono está associado com o gênero masculino (RP 1,51; IC 95% 1,05-2,18), menor faixa etária (RP 3,88; IC 95% 1,49-10,08), estar trabalhando (RP 1,62; IC 95% 1,05-2,50) e grau de motivação na fase pré-contemplação/contemplação (RP 2,19; IC 95% 1,03-4,65). Não houve associação entre o abandono do tratamento e anos de escolaridade ($p=0,515$), religião ($p=0,270$), atividade física ($p=0,80$), Cage ($p=0,678$) e transtorno psiquiátrico ($p=0,343$).

Tabela 2 – Associação entre o abandono do tratamento e os fatores sociodemográficos e dados do tabagismo, Cuiabá/MT, 2013.

Variáveis	Categoria	Fumante				RP _b	IC 95%	P
		Abandono n	%	No abandono n	%			
Gênero	Masculino	33	44,00	42	56,00	1,51	[1,05 ; 2,18]	0,028
	Feminino	41	29,08	100	70,92	1,00	-	-
Faixa etária	20 – 39 anos	25	50,00	25	50,00	3,88	[1,49 ; 10,08]	0,001
	40 – 59 anos	45	33,33	90	66,66	2,58	[1,01 ; 6,65]	0,025
	60 anos ou mais	4	12,90	27	87,10	1,00	-	-
Anos de escolaridade	≤8	50	32,89	102	67,11	0,88	[0,59 ; 1,30]	0,515
	>8	24	37,50	40	62,50	1,00	-	-
Ocupação	Trabalha	54	40,00	81	60,00	1,62	[1,05 ; 2,50]	0,022
	Não Trabalha	20	24,62	61	75,31	1,00	-	-
Religião	Outras	29	39,19	45	60,81	1,24	[0,85 ; 1,80]	0,270
	Católica	45	31,69	97	68,31	1,00	-	-
Atividade Física	Não realiza	64	34,59	121	65,40	1,07	[0,82; 1,85]	0,80
	Realiza	10	32,26	21	67,74	1,00	-	-
Cage	Positivo	18	36,73	31	63,27	1,10	[0,72; 1,68]	0,678
	Negativo	56	33,53	111	66,47	1,00	-	-
Transt. psiq.	Teve	32	38,09	52	61,90	1,20	[0,84; 1,66]	0,343
	Não teve	42	31,82	90	68,18	1,00	-	-
Grau de motivação	Pré-Contemp./Contemp.	68	37,57	113	67,66	2,19	[1,03; 4,65]	0,020
	Preparação/Ação	6	17,14	29	82,86	1,00	-	-

RP_b: Razão de prevalência bruta. IC 95%: intervalo de confiança de 95%. p: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado.

Na **Tabela 3** é apresentado o modelo final da análise multivariada de regressão de Poisson Robusta (RPa). As seguintes variáveis permaneceram associadas ao abandono do tratamento do tabagismo: gênero masculino (RPa 1,47; IC 95% 1,03-2,10) e faixa etária menor (RPa 3,77; IC 95% 1,47-9,67).

Tabela 3 – Razão de prevalência ajustada por regressão de Poisson Robusta (RP_a), das variáveis associadas ao abandono de fumar em 216 pacientes, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e valor de p das variáveis selecionadas pelo método *backward*, Cuiabá-MT, 2013.

Variáveis	Categoria	RP _a	IC 95%	Valor p
Gênero	Masculino	1,47	1,03 a 2,10	0,036
	Feminino	1,00		
Faixa etária	20 – 39 anos	3,77	1,47 a 9,67	0,006
	40 – 59 anos	2,68	1,06 a 6,77	
	60 anos ou mais	1,00		

RP_a : Razão de Prevalência ajustada no modelo de regressão de Poisson com seleção de variáveis. *Significante ao nível de 5%.
IC – Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

A taxa de abandono do tratamento da dependência à nicotina na população estudada ao final de seis meses de observação foi alta (34,26%), sendo que a maioria do abandono ocorreu antes de iniciar a TCC. Estes resultados são similares aos encontrados em outros estudos^{22,23}. Destaca-se que dentre os participantes considerados como abandono pode-se identificar dois grupos: aqueles que não compareceram para a primeira sessão da TCC e os que abandonaram durante o processo de tratamento. Em princípio, estes dois grupos parecem ser diferentes entre si; todavia a análise estatística mostrou que não existem diferenças entre eles quanto às principais variáveis aqui estudadas (sociodemográficas, status do tabagismo, grau de motivação e CAGE), portanto são homogêneos e foram considerados como um só grupo – abandono.

Algumas variáveis estudadas poderiam explicar os desfechos encontrados, dentre elas as características sócio-demográficas (gênero, faixa etária, ocupação), aquelas relacionadas ao status do tabagismo (tempo de tabagismo e carga tabágica) e o grau de motivação.

Destaca-se que o gênero masculino abandonou mais o tratamento, permanecendo associado ao fracasso no modelo final, tendo este resultado várias explicações plausíveis. É fato que a maioria dos fumantes que procura os programas de tratamento da dependência à nicotina pertence ao gênero feminino^{24,25}. Possivelmente esta predominância do sexo feminino em procurar ajuda e permanecer nos programas se deve, em grande parte, pela maior preocupação da mulher com a própria saúde, pois há diferença no cuidado da saúde de acordo com o gênero, as mulheres vivem mais e utilizam os serviços de saúde mais frequentemente do que os homens que dificilmente aceitam estar doentes²⁶. Outros fatores importantes são os

dificultadores da cessação do tabagismo que o gênero feminino apresenta com maior intensidade: ter mais distúrbios de humor, síndrome de abstinência mais marcante, o metabolismo da nicotina é mais lento, o ganho de peso com a cessação é mais preocupante²⁷⁻²⁹. Soma-se a isso, o fato que o abandono foi também predominante nos participantes que estão trabalhando. Sendo o gênero masculino a maior força de trabalho e renda nesta população, possivelmente os compromissos profissionais estariam dificultando o comparecimento às consultas agendadas²⁸. Pesquisa mostra que tabagistas do gênero masculino relatam vergonha em ausentar-se do trabalho para comparecer ao programa, mesmo com declaração de presença na unidade de saúde²².

Outra variável importante e que permaneceu associada ao modelo final ao abandono do tratamento foi a faixa etária, a maior taxa de abandono ficaram com os mais jovens (20-39 anos). É possível inferir que o abandono entre os jovens pode ter ocorrido pelo fato de eles ainda não se sentem “doentes” e acham que os efeitos deletérios com o tabagismo poderão demorar a aparecer, tendo ainda tempo para decidir quando parar em definitivo²⁹. Estudo com usuários de drogas lícitas e ilícitas relata que quanto menor a idade do usuário, menores as chances de permanência no tratamento³⁰.

A variabilidade no sucesso e na adesão ao tratamento de jovens em dependência química depende de variáveis como a gravidade da dependência e a motivação para a mudança do comportamento, dentre outros. Essas duas variáveis se mostraram importantes neste estudo. Os jovens acreditam que os seus problemas não estão relacionados às drogas e que tudo passará, bem como que nada de ruim lhes acontecerá³¹. Sendo assim, se faz necessário rever a forma de abordar estes pacientes com a finalidade de conseguir maior adesão ao tratamento. Talvez não abordar somente as doenças tabaco-relacionadas, pois estas ainda não estão presentes e eles nem visualizam esta realidade. Uma opção seria trabalhar sobre os malefícios estéticos oriundos do uso crônico da nicotina (dentição, pele, odor), tentando sensibilizar e motivar aqueles jovens que são preocupados com a sua imagem/aparência³².

Em relação aos participantes de outras faixas etárias, observou-se que estes abandonaram menos o tratamento. Apesar da ambivalência (se sentem incapazes de parar de fumar, mesmo sabendo da necessidade), os mais velhos buscam apoio e acolhimento, sugerindo que a decisão de procurar ajuda se dá num momento de maior maturidade, quando há conscientização dos riscos potenciais à saúde que o tabagismo acarreta^{28,33}.

A comparação das médias da ocupação com o abandono do tratamento da dependência deve ser vista com cautela. Em primeiro lugar, os resultados mostram que o abandono ocorreu

mais naqueles que tinham ocupação, semelhante aos outros estudos^{25,28}. Talvez esta questão esteja relacionada aos períodos (matutino/vespertino) em que as consultas de controle e as sessões do programa aconteciam, ou seja, horário em que muitos pacientes têm os seus compromissos profissionais pode ter impossibilitado o comparecimento e influenciado significativamente no abandono. A questão é se a maior flexibilidade de horários, com atendimentos no período noturno e/ou final de semana, poderia influenciar nesta variável. Por outro lado, é importante lembrar que as maiores taxas de prevalência do tabagismo encontram-se entre aqueles com menor nível de escolaridade e ocupam atividades com maior esforço braçal, justamente aqueles com dificuldades de manter-se num longo tratamento³⁴.

Quanto as variáveis relacionadas ao status do tabagismo, o menor tempo de tabagismo influenciou no abandono do tratamento. Esse dado demonstra que quanto maior o tempo de fumo mais a pessoa decide investir no tratamento, talvez pela possibilidade de estar começando a sentir os efeitos das doenças provocadas pelo tabaco. Um dos motivos apontados para a decisão de parar de fumar é a saúde debilitada pelas doenças tabaco relacionadas³⁵.

A comparação nas médias entre a carga tabágica mostra que os participantes que abandonaram têm a média mais baixa em relação aos que não abandonaram, resultados concordantes com a afirmação de que quanto maior a dependência maior a procura por acompanhamento profissional e uso de fármacos³⁶. Talvez esse dado venha reforçar o resultado em relação à faixa etária, quanto mais jovem, menor tempo de fumo e menor carga tabágica, maior o abandono. Por outro lado, os resultados aqui encontrados divergem de outro estudo, onde os níveis de dependência não foram associados ao abandono do tratamento²⁴.

Quanto ao grau de motivação, os resultados mostram que os participantes que estavam na fase de pré-contemplação ou contemplação foram os que mais abandonaram o tratamento. Esse resultado reforça os conhecimentos já estabelecidos de que a motivação individual é o fator mais decisivo no processo de abandono do tabagismo²⁶. Sabe-se que pacientes que comparecem às unidades de saúde para tratamento sem motivação são um desafio para os terapeutas, pois os transtornos aditivos são essencialmente motivacionais³⁷. Estes resultados coadunam com a pesquisa com adolescentes em tratamento para drogas ilícitas, onde a maior parte dos que não aderiram ao programa (69,3%) estavam na fase de pré-contemplação³⁸.

A motivação para a mudança é multifatorial e acontece de maneira diferenciada para cada ser humano em dado momento da sua história de vida³⁹. Possivelmente aqueles que não abandonaram e permaneceram no tratamento até o final, mesmo sem terem parado de fumar, são pacientes que estavam com alto nível motivacional. O fumante motivado que se encontra

na fase de preparação ou de ação está aberto para realizar mudanças no comportamento, bem como tomar as atitudes necessárias para tal fim e aceita discutir e escolher estratégias para que o processo tenha sucesso⁴⁰. Este nível de motivação para parar de fumar favorece a permanência no grupo de tratamento, ao passo que aqueles com baixo nível motivacional (Pré-contemplação ou contemplação) tendem ao abandono do tratamento⁴¹.

Como o alto nível motivacional é imprescindível para o não abandono e o aumento das chances de sucesso no tratamento, toda a equipe de saúde deve trabalhar a motivação dos pacientes. Uma estratégia já testada seria a adoção da Entrevista Motivacional (EM), que consiste em técnicas interventivas individualizadas e centradas no paciente adequadas a cada estágio, visando reforçar a motivação para a mudança e aumentar a adesão ao tratamento⁴². Entretanto trabalhar com entrevista motivacional exige treinamento especializado aos profissionais de saúde, pois o sucesso desta depende do estilo de quem a aplica e pode interferir diretamente no tratamento⁴³. Outra estratégia seria o acolhimento mais próximo do fumante, incentivando-o a cada instante, mostrando que é possível viver sem fumar e muito mais saudável. Caso seja necessário, que seja feito contato pessoalmente ou telefonando para aqueles que faltaram às sessões da TCC ou da consulta de controle do tratamento⁴⁴.

A maior limitação deste estudo talvez seja a não caracterização dos dois grupos, em princípio distintos, os desistentes (aqueles que nem participaram da primeira sessão da TCC) e os resistentes (aqueles que abandonaram durante o processo de tratamento). Possivelmente o número de participantes que abandonaram o tratamento não permitiu encontrar as diferenças entre eles. Para aprofundar o conhecimento sobre o abandono do tratamento da dependência à nicotina, novos estudos serão necessários, tendo em mente esta diferenciação entre fumantes desistentes e resistentes.

CONCLUSÃO

Conclui-se na comparação entre os que abandonaram e não abandonaram o tratamento da dependência à nicotina, que os pacientes que são do gênero masculino, pertencem a faixa etária de 20-39, trabalham, tem baixo nível motivacional, menor tempo de tabagismo e menor carga tabágica o abandono é maior. O abandono do tratamento do tabagismo está associado com o gênero masculino e a faixa etária menor. identificar qual a melhor abordagem para lidar com estes pacientes, trabalhando as suas preocupações de forma a auxiliar na condução do tratamento é a chave fundamental na aderência ao tratamento da dependência à nicotina.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do tabagismo no Brasil: Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Inca, 2011. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/PDF_final_situacao_tabagismo.pdf. Accessed in 2014 (Jun 24).
2. Cavalcante T. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. [Tobacco Control in Brazil: Advances and Challenges]. Rev Psiq Clín. 2005 Out; 32(5): 283-300.
3. Silva ST, Martins MC, Faria FR, Cotta RM. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. [Combating Smoking in Brazil: the strategic importance of government actions]. Ciênc Saúde Colet. 2014;19(2):539-52.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer/INCA. Programa Nacional de Controle do Tabagismo – Abordagem e Tratamento do Tabagismo. Rio de Janeiro, 2001. Available from: http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tratamento_consenso.pdf. Accessed in 2014 (Jun 24).
5. Silva LCC. Tratamento do Tabagismo. [Smoking Treatment]. Revista da AMRIGS. 2010;54(2):232-9. Available from: http://www.amrigs.com.br/revista/54-02/22-fumo_zero_tratamento_do_tabagismo.pdf. Accessed in 2014 (Jun 24).
6. Santos JDP. Avaliação da efetividade do programa de tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde. [dissertation]. Porto Alegre: UFRGS; 2011. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31883/000785897.pdf?sequence=1>. Accessed in 2014 (Jan 24).
7. Eisenberg MJ, Fillion KB, Yavin D, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ. 2008;179(2):135-44.
8. Azevedo RC, Fernandes RF. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. São Paulo Med J. 2011;129(6):380-6.
9. Pinto M, Ugá MA. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. [The cost of tobacco-related diseases for Brazil's Unified National Health System]. Cad Saúde Pública. 2010; 26 (6): 1234-45.
10. Kish L. Survey Sampling. New York: John Wiley & Sons; 1965.
11. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Edgar Blücher Ltda; 2005.

12. Espinosa MM, Bieski IGC, Martins DTO. Sampling in Ethnobotanical Studies of Medicinal Plants. In: Albuquerque UP, Cruz da Cunha LVF, Lucena RFP, Alves RRN, (org). Springer Protocols Handbooks. New York: Springer New York; 2014. p.197-212.
13. Silva NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. São Paulo: EDUSP; 2001.
14. Fagerström KO. Treatment of nicotine dependence. Prog Brain Res. 1989;79:321-6.
15. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of new alcoholism screening instrument. Am J Psychiat. 1974;131(10):1121-3.
16. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. Braz J Med Biol Res. 1983; 16(3):215-8.
17. McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WE. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. [Estágios de mudança em psicoterapia: perfis de medição e de amostragem]. Psychother Theor Res Pract Train. 1983;20(3):368-75. Available from: http://www.researchgate.net/profile/Wayne_Velicer/publication/232492826_Stages_of_change_in_psychotherapy_Measurement_and_sample_profiles/file/d912f50b6871718aa5.pdf. Accessed in 2014 (Jun 24).
18. Szupszynski K. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias psicoativas ilícitas. [Brazilian version of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) for illicit substance users][dissertation]. Porto Alegre: Pontifica Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Curso de Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia, 2006. Available from: <http://repositorio.pucrs.br:8080/dspace/bitstream/10923/4839/1/000387788-Texto%2BCompleto-0.pdf>. Accessed in 2014 (Jun 24).
19. Calheiros PRV, Oliveira MS, Calheiros LB, Matos KS, Rosa Júnior S. Fatores associados a recaída em tabagista sob tratamento psicoterápico. [Factors associated the relapse among smokers in psychotherapeutic treatment]. Rev Cient Facimed. 2009 Jan; 1 (1). Available from: <http://www.facimed.edu.br/site/revista/pdfs/5dca9460a1914cd634969e7c7291b5f3.pdf>. Accessed in 2014 (Jun 24).
20. Siqueira LS, Tibúrcio JD. Estatística na área da Saúde: Conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional. Belo Horizonte: Coopmed; 2011.
21. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio BMC Med Res Methodol 2003; 3: 21.
22. Meier DAP, Vannuchi MTO, Secco IAO. Abandono do Tratamento do Tabagismo em Programa de Município do Norte do Paraná. [Withdrawal of Treatment for Smoking in a Program of a Municipality of Northern Parana]. Revista Espaço para a Saúde, Londrina. 2011; 13(1): 35-

44. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/10020/9349>. Accessed in 2014 (Jun 24).
23. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo [Evaluation of a program for smoking cessation]. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2013; XV(2):35-44. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v15n2/v15n2a04.pdf>. Accessed in 2014 (Jun 24).
24. Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. [Motivational stages, anxiety and depression symptoms during smoking treatment]. *Interação em Psicologia*. 2006; 10(1):91-9.
25. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FSS, Jardim JR. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo.[Profile of smokers seeking a smoking cessation program]. *J. Bras. Pneumol*. 2008; 34(9): 695-701.
26. Koopmans GT, Lamers LM. Gender and health care utilization: the role of mental distress and help-seeking propensity. *Soc Sci Med*. 2007;64(6):1216-30.
27. Sales MP, de Figueiredo MR, de Oliveira MI, de Castro HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. [Outpatient smoking cessation program in the state of Ceará, Brazil: patient profiles and factors associated with treatment success]. *J Bras Pneumol*. 2006; 32(5):410-7.
28. Karen SKK, Oliveira ML, Pádua AI, Vieira F, Martinez JAB. Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. [Clinical characteristics of smokers seen in a smoking cessation reference center] *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*. 2012; 45(3):337-42. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47674>. Accessed in 2014 (Jun 24).
29. Niel M. Redução de danos para drogas fumadas. In: Niel M, Silveira DX, editores. *Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde*. São Paulo: Imprensa Oficial; 2008.
30. Beynon CM, McMinn AM, Marr AJ. Factors predicting drop out from, and retention in, specialist drug treatment services: a case control study in the North West of England. *BMC Public Health*. 2008;8:149.
31. Andretta I, Oliveira MS. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. [The technique of motivational interview in adolescence]. *Psicol. Clin*. 2005;17(2):127-39.
32. Cardoso DB, Coelho APCP, Rodrigues M, Petroianu A. Fatores relacionados ao tabagismo e ao seu abandono. [Factors related to smoking and its interruption]. *Rev Med (São Paulo)*. 2010;89(2):76-82. Available from: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/46277/49931>. Accessed in 2014 (Jun 24).

33. World Health Organization. Global Status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
34. Barros AJ, Cascaes AM, Wehrmeister FC, Martínez-Mesa J, Menezes AM. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais [Tobacco smoking in Brazil: regional inequalities and prevalence according to occupational characteristics]. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(9):3707-16.
35. Oguisso T, Seki LK. A prevalência do Tabagismo entre estudantes de graduação da escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [The Smoking prevalence among undergraduate students of the university of São Paulo, school of nursing]. *Rev Esc Enf USP*. 2001; 35 (1): 19-27.
36. Echer IC, Barreto SS. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. [Determination and support as successful factors for smoking cessation]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008; 16 (3): 445-51.
37. Lincourt P, Kuettel TJ, Bombardier CH. Motivational interviewing in group setting with mandated clients: a pilot study. *Addict Behav*. 2002; 27 (3): 381-91.
38. Oliveira MS, Szupszynski KDR, DiClemente C. Estudo dos estágios motivacionais de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. [Study of motivation for treatment in teenagers users of illicit substances]. *Psico (Porto Alegre)*. 2010; 41 (1):40-6.
39. Echer IC, Corrêa APA, Lucena AF, et al. Prevalência do tabagismo em funcionários de um hospital universitário. [Prevalence of Smoking Among Employees of a University Hospital]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19(1): 179-86.
40. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*. 1982;7(2):133-42.
41. Ramos D, Soares da S, Viegas K. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência. [Assisting users of a health care unit to stop smoking: an experience report]. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14 (Suppl 1): 1499-505.
42. Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
43. Finger IR, Poter JR. Entrevista motivacional no tratamento de sobrepeso/obesidade: uma revisão de literatura. [Motivational interviewing in the treatment of overweight/obesity: a literature review]. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2011; 7 (2): 2-7. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v7n2/v7n2a02.pdf>. Accessed in: 2014 (Jun 24).
44. Costa AA, Elabras Filho J, Araújo ML, et al. Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. [Tobacco Control Multiprofessional Program: aspects related to long term abstinence]. *Revista da SOCERJ*. 2006;

19(5): 397-403. Available from: http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2006_v19_n05_art04.pdf. Accessed in: 2014 (Jun 24).

5.4 ANSIEDADE, DEPRESSÃO, MOTIVAÇÃO E ESTRESSE EM FUMANTES EM PROCESSO DE CESSAÇÃO

Status: Artigo encaminhado ao Jornal Brasileiro de Pneumologia (Apêndice H)

RESUMO

Comparar mudanças nos níveis de ansiedade, depressão, motivação e estresse em pacientes do programa de cessação de Tabagismo em Cuiabá/MT. Estudo de coorte em 3 momentos: fase A1 (avaliação inicial), A2 (45 dias depois) com medicação/terapia cognitivo comportamental e A3 (6 meses depois). Utilizou-se questionário sociodemográfico e status tabagismo, Urica, Cage, BAI, BDI e ISSL. Os dados foram analisados com testes não paramétricos para comparações pareadas nas três avaliações realizadas, teste de Wilcoxon. Os resultados mostram redução dos níveis de ansiedade, depressão, motivação (Pré-Contemplação/Contemplação) e estresse ao comparar A1 com a A2 e A1 com a A3. As intervenções realizadas foram efetivas para diminuição dos níveis de ansiedade, depressão e estresse, bem como aumento da motivação.

DESCRIPTORIOS: Ansiedade, Depressão, Motivação, Terapia Cognitiva e Tabaco.

ABSTRACT

The goal is to compare the changes in levels of anxiety, depression, motivation, and stress in patients in the smoking cessation program in Cuiabá, MT. This cohort study was done in 3 phases: phase A1 (initial evaluation), A2 (45 days afterwards) with medication and cognitive-behavioral therapy, and A3 (6 months afterwards). A socio-demographic questionnaire and smoking status, Urica, Cage, BAI, BDI and ISSL were used. The data was analyzed with non-parametric tests for paired comparisons in the 3 evaluations using the Wilcoxon test. The results show a reduction in anxiety, depression, motivational levels (Precontemplation and Contemplation), and stress when comparing A1 with A2 and A1 with A3. The interventions performed were effective in decreasing levels of anxiety, depression, stress as well as increasing motivation.

DESCRIPTORS: Anxiety, Depression, Motivation, Cognitive Therapy, and Smoking.

RESUMEN

Comparar câmbios em los niveles de la ansiedad, la depresión, la motivación y el estrés en pacientes de un programa para dejar de fumar en Cuiabá/MT. Estudio de cohorte en 3 etapas: fase A1(evaluación inicial), A2(45 días después) con la medicación/Terapia cognitivo conductual y A3(6 meses después). Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y el estado del tabaquismo, Urica, Cage, BAI, BDI y ISSL. Los datos de las tres evaluaciones se compararon con pruebas no paramétricas para muestras pareadas, utilizando la prueba de Wilcoxon. Los resultados muestran una reducción de los niveles de la ansiedad, la depresión, la motivación(Pre Contemplation/Contemplation) y el estrés al comparar A1 con A2 y A1 con A3. La intervención realizada fue eficaz en la disminución de los niveles de la ansiedad, la depresión, el estrés, así como una mayor motivación.

DESCRIPTORIOS: Ansiedad, Depresión, Motivación, Terapia Cognitiva y Tabaco.

INTRODUÇÃO

Atualmente o tabagismo é considerado uma doença crônica provocada pela dependência da nicotina e um dos principais fatores de risco para inúmeras doenças. O Consumo direto do tabaco e derivados ou pela exposição à poluição ambiental, causa aproximadamente 6 milhões de óbitos por ano, sendo considerado um problema de saúde mundial⁽¹⁾. Apesar das altas taxas de prevalência de fumantes, em alguns países houve decréscimo nas últimas décadas, possivelmente pelas políticas públicas implementadas e melhor acessibilidade às formas de prevenção e ao tratamento. A redução anual na prevalência do tabagismo tem sido de 0,6%, no Japão; de 0,7%, nos Estados Unidos; e de 0,8%, no Reino Unido. No Brasil, a prevalência em 1989 era de 32% e em 2008 foi de 17,1%, com redução de 0,78% ao ano⁽²⁾.

Apesar destes avanços no controle do tabagismo de modo geral, as altas taxas de fracassos nos programas de cessação do tabagismo são preocupações frequentes⁽⁴⁾. Entre os diversos fatores dificultadores da cessação destacam-se o alto nível de ansiedade, depressão, estresse e o baixo nível motivacional dos pacientes que procuram os programas para o tratamento da dependência^(3,4,5). Quase todas as formas de tratamentos existentes possuem alguns pontos falhos, e a ciência está na busca de novas abordagens para melhorar as taxas de sucesso dentro dos programas de cessação do tabagismo.

Os consensos e as diretrizes apontam que o efeito do apoio psicológico associado ao uso da farmacoterapia de primeira linha (Terapia de Reposição de Nicotina – TRN, bupropiona e vareniclina) aumentam as chances de sucesso no tratamento de tabagistas⁽³⁾. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma importante intervenção psicológica para o tratamento da dependência em si e constitui o eixo do sucesso no tratamento dos tabagistas e para a reestruturação da vida do paciente⁽⁶⁾.

Os fumantes que decidem e não conseguem parar de fumar por conta própria, são os que procuram os serviços de saúde para o tratamento da cessação do tabagismo. Dentre estes, apenas 3% conseguem parar sem o auxílio da TCC e do uso dos medicamentos empregados, sempre referindo grande número de recaídas⁽³⁾. Para estes fumantes que procuram os centros especializados, o processo de cessação é árduo, principalmente pelo enfrentamento da ambivalência que a nicotina acarreta. Sabe de todos os malefícios do ato de fumar cigarros, mas persiste fumando pela grande dependência à droga⁽³⁾.

Sabe-se que alguns pacientes conseguem parar de fumar com sofrimento menor enquanto outros realizam várias tentativas e não conseguem parar. Possivelmente algumas

características individuais sejam determinantes para explicar estes diferentes perfis de pacientes, como aquelas relacionadas ao estado psicológico. Assim, é possível que exista mudança nos níveis de ansiedade, depressão, motivação e de estresse durante o processo cessação do tabagismo⁽⁵⁾. Deste modo, o presente estudo tem como objetivo avaliar a influência das intervenções realizadas (medicamentos + terapia cognitivo-comportamental) sobre alguns fatores que geralmente dificultam à cessação do tabagismo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte, no qual foram avaliados pacientes maiores de 18 anos, que procuraram espontaneamente os programas de cessação do tabagismo de quatro unidades de saúde em Cuiabá/MT (Centro de Saúde do Campo Velho, Hospital Universitário Júlio Müller, Policlínica do Coxipó e do Planalto). Todos os fumantes inscritos na fase inicial do programa, durante o período de maio a agosto de 2012, foram convidados para participar deste estudo e os que concordaram foram relacionados.

Na fase inicial eram 216 participantes, 74 deles desistiram ao longo do estudo e 142 completaram o tratamento até 6 meses (65,74%), com as três análises previamente definidas e que constituem a nossa população de estudo.

Todos os participantes utilizaram o mesmo protocolo de tratamento: terapia de reposição de nicotina (TRN) associada à bupropiona e terapia cognitiva comportamental (TCC), sendo que a taxa de sucesso dentre os que finalizaram o processo de cessação foi de 57,04%, em seis meses de acompanhamento.

Os pacientes foram avaliados em três momentos diferenciados designados de: A1 (Avaliação inicial), A2 (Avaliação 45 dias depois) e A3 (Avaliação 6 meses depois), conforme mostra a Figura 1.

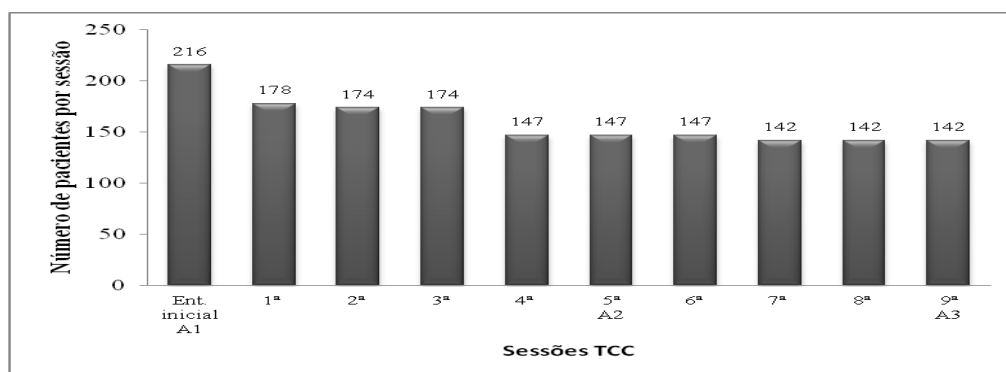


Figura 1 – Fluxograma dos pacientes por sessões de TCC e avaliações do estudo- Cuiabá, MT-2013.

Na fase A1 (Inicial), durante a entrevista inicial, os pacientes foram avaliados pelo médico responsável pelo programa e receberam a medicação, realizaram a avaliação inicial com a pesquisadora principal (psicóloga) que aplicou todos os instrumentos e orientou quanto ao esquema do tratamento proposto e realizava o agendamento do início da sessão de TCC.

Após a coleta de dados da fase inicial (A1), os pacientes foram convidados para realização da TCC com quatro sessões em grupo (número de 10 a 15 pacientes), com duração de uma hora e meia, uma vez por semana durante o período de quatro semanas. A posteriori, ocorreram mais cinco encontros de acompanhamentos: 15 dias, 30 dias, 60 dias, 90 dias, 180 dias⁽⁷⁾

Na avaliação 2 (A2/45 dias depois) e 3 (A3/6 meses depois) foram reaplicados os instrumentos com as variáveis possíveis de serem modificáveis com a intervenção (Urica, BAI, BDI, ISSL).

Os seguintes instrumentos foram aplicados:

1. Questionário perfil sociodemográfico: que contém 2 partes. Parte I: identificação e dados sociodemográficos, Parte II – Status do tabagismo, com as variáveis: tempo de tabagismo, número de cigarros /dia e idade do início do tabagismo.
2. Teste de Fagerström (FTND): Questionário que avalia a dependência nicotínica. Foi desenvolvido por Karl-Olov Fagerström⁽⁸⁾ e validado no Brasil⁽⁹⁾. Os resultados com escore acima da média foram categorizados como muito dependente.
3. URICA: para avaliar o nível do estágio motivacional tendo seus resultados dicotomizados em fases pré-contemplação/contemplação e preparação/ação⁽¹⁰⁾. Foi validado e padronizado no Brasil para drogas ilícitas com transcrição para o tabaco⁽¹¹⁾.
4. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Consiste de uma lista com 21 sintomas comuns característicos de ansiedade. Foi desenvolvido por Beck⁽¹²⁾ e validado no Brasil⁽¹³⁾. Os resultados foram dicotomizados em mínimo/leve e moderado/grave;
5. Inventário de Depressão de Beck (BDI). Este questionário tem 21 itens com quatro alternativas de graus crescentes de gravidade da depressão, com escores de 0-3. foi desenvolvido por Beck⁽¹⁴⁾ e validado no Brasil⁽¹³⁾. Os resultados deste inventário foram dicotomizados em mínimo/leve e moderado/grave.
6. Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL): este questionário Validado no Brasil verifica se o indivíduo possui sintomas de stress, classificando-o em quatro fases: alarme, resistência, quase-exaustão e exaustão e com predominância de sintomas físico, psicológicas ou ambas⁽¹⁵⁾. e os resultados foram dicotomizados em: sem stress e com stress.

Os dados foram conferidos e digitados duplamente em programa Epidata Versão 3.1 e posteriormente analisados no programa STATA versão 13.0 e SPSS versão 17. Para análises dos dados inicialmente foram realizadas análises descritivas, utilizando medidas de posição e variação (média, mediana e desvio padrão) e diagramas de caixas (Box-plots). A seguir uma análise inferencial foi efetuada e foi verificada a distribuição dos dados, verificando que os dados das variáveis contínuas não apresentaram distribuição normal, assim testes não paramétricos foram utilizados para realizar as comparações pareadas, nas três avaliações, por meio do teste de Wilcoxon. O teste de Wilcoxon pareado é utilizado para comparar se as medidas de posição de duas amostras são iguais, no caso em que as amostras são dependentes⁽¹⁶⁾. Em todas as comparações foi adotado um nível de significância de 0,05 ($p < 0,05$).

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em 9 de maio de 2012, (CAAE nº 0106612.6.0000.5541) com parecer CEP nº 19548.

RESULTADOS

Os dados sócio-demográficos da população mostram que o sexo feminino representou a maioria dos participantes com 70,42% e estas tinham entre 40 a 59 anos de idade (63,38%). Em relação ao estado civil, 55,63% estavam sem companheiro e 89,44% possuíam filhos. No que se refere aos anos de escolaridade, 71,83% possuíam acima de 8 anos de estudo.

Muitos tabagistas trabalhavam fora 57,04%, quanto à renda mensal da família, uma parcela significativa 46,48% recebia menos de 3 salários mínimos e na época da entrevista, o valor era de R\$ 622,00.

Os dados do tabagismo da população mostram que em relação ao tempo de fumo, 80,28% pacientes fumaram por período equivalente a 20 anos ou mais. Em relação à quantidade de cigarros fumados por dia, 39,44% dos pacientes fumavam quantidade entre 11 a 20. Quanto ao Fagerström, 69,01% estavam com dependência elevada/muito elevada (6-10 pontos).

Dos 142 pacientes que completaram a sessão de 6 meses, 81 (57,04%) conseguiram parar de fumar e a forma escolhida pela maioria foi a abrupta com 65,43%.

Na Figura 2 tem-se o grau de motivação (URICA) dos pacientes nos três momentos de avaliações (A1, A2 e A3), com sua respectiva porcentagem. Na Avaliação Inicial (A1), 20,42% dos pacientes estavam na fase de preparação/ação e na avaliação final (A3) esta porcentagem subiu para 82,39%. Observa-se que os escores dos estágios pré-

contemplação/contemplação tiveram redução significativa ao comparar a avaliação inicial (A1) com a 2ª avaliação (A2/45 dias após) e com a avaliação final (A3/6 meses após) ($p < 0,001$). No entanto, ao comparar A2 com A3, não foi observada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,499$). Estas comparações foram realizadas pelo teste de Wilcoxon.

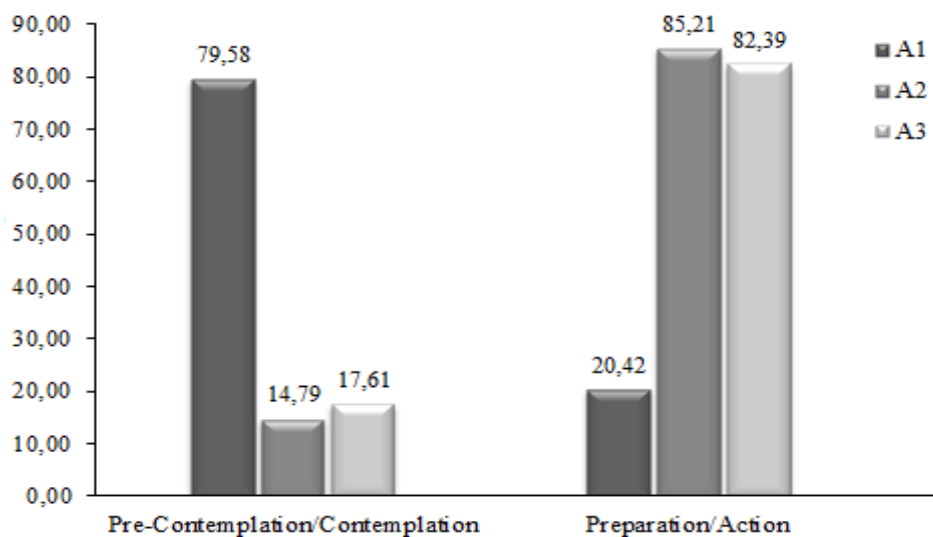


Figura 2 – Comparação das 3 Avaliações dos Níveis Motivacional (URICA) dos pacientes – Cuiabá.MT, 2013.

Os níveis de ansiedade (BAI), nas avaliações dos pacientes em A1, A2 e A3 apresentaram as seguintes médias com desvios padrões de $17,58 \pm 11,44$; $13,02 \pm 10,22$ e $12,61 \pm 10,75$ e medianas de 16,00, 11,00 e 10,00 respectivamente. Esta diminuição das medidas de posição é evidenciada por meio da mediana e pelo Box plot, na figura 3, onde observa-se que o BAI, diminui nas avaliações de A2 e A3, quando comparados com a avaliação de A1, ambas com valor de p menor que 0,001 ($p < 0,001$). No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre o BAI da avaliação em A2 (45 dias, pós-intervenção) ao ser comparado com a avaliação em A3 (6 meses, controle).

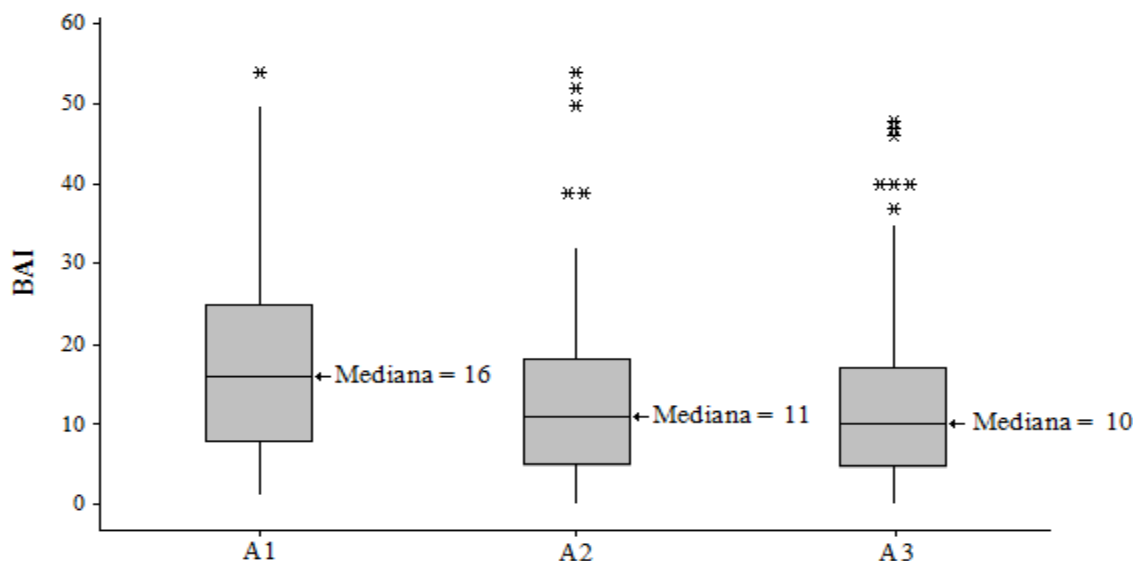


Figura 3 - Comparação das 3 Avaliações dos Níveis de Ansiedade (BAI) dos pacientes – Cuiabá.MT, 2013.

Em relação ao resultado do nível de depressão (BDI), observa-se que nas avaliações em A1, A2 e A3 os pacientes apresentaram médias com desvios padrões de $16,01 \pm 9,99$; $11,87 \pm 9,13$ e $10,55 \pm 9,58$ e medianas de 14,00, 10,00 e 8,00, respectivamente. A diminuição das medidas de posição ficou evidente pela mediana e pelo Box plot, na Figura 4. Esta diminuição foi estatisticamente significativa quando comparadas as avaliações de A2 e A3 com A1, tendo valores de p menor que 0,001 ($p < 0,001$), bem como de A2 para a A3, com p valor de 0,003 ($p = 0,003$), verificado pelo teste de Wilcoxon.

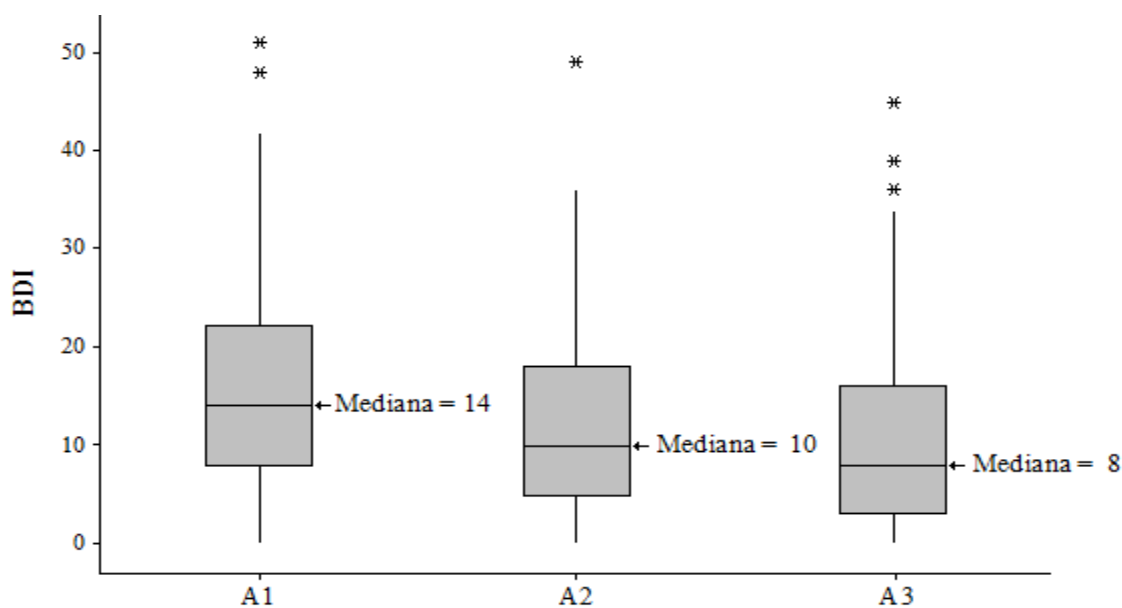


Figura 4 – Comparação das 3 Avaliações dos Níveis de Depressão (BDI) dos pacientes - Cuiabá, MT-2013.

Em relação ao stress, na Figura 5 são apresentados os resultados dos pacientes agrupados em Com Stress e Sem Stress. A comparação da avaliação em A1 com a segunda avaliação (A2) percebe-se diminuição no resultado do ISSL estatisticamente significativa

($p=0,002$), assim como quando comparado o resultado da avaliação em A1 com a A3 (6 meses) ($p=0,025$). No entanto, ao comparar a avaliação feita em A2 com a de A3 não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,662$), teste de Wilcoxon.

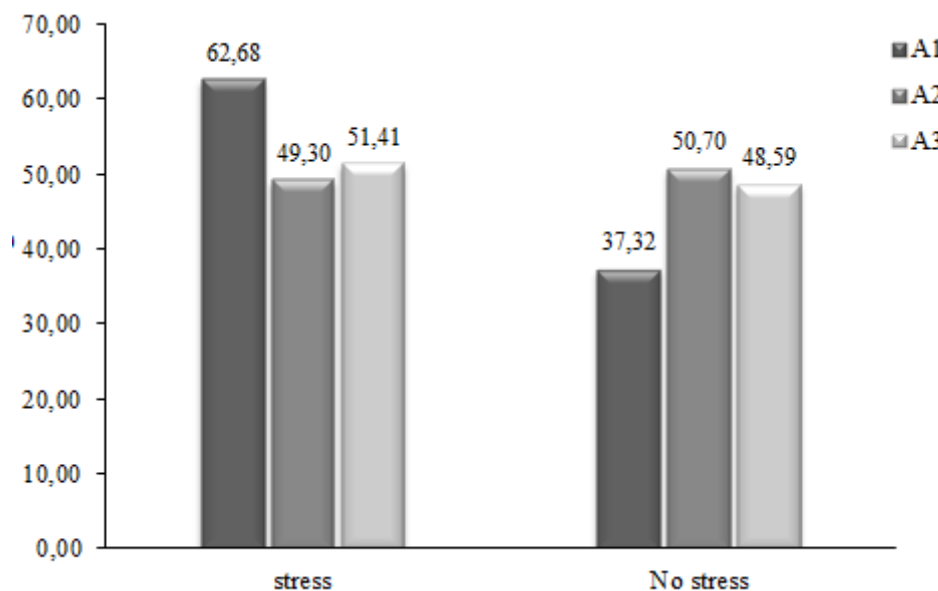


Figura 5 – Comparação das 3 Avaliações dos níveis de Estresse (ISSL) dos pacientes - Cuiabá, MT-2013

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que na avaliação da pré-intervenção a maioria dos pacientes (A1 = 79,58%) estavam no estágio da pré-contemplação/contemplação e após 45 dias do início da intervenção esse número reduziu significativamente para 14,79% (A2). Observa-se que o impacto desta redução foi grande entre o período da primeira avaliação quando comparado com a segunda, momento onde a intervenção cognitiva comportamental foi mais intensa, pois o número de sessões de tratamento foi semanal. Possivelmente, apesar da terapia medicamentosa utilizada, a ação da TCC mais intensa, foi a responsável por estas mudanças no comportamento destes fumantes. Essa mesma conclusão foi constatada por outros autores que avaliaram a efetividade de tratamento da abordagem cognitiva comportamental⁽¹⁷⁾.

Estes dados permitem alertar aos profissionais de saúde, que acolhem e participam dos programas de cessação, para reforçar a necessidade de se trabalhar a motivação, pois a maioria dos fumantes que procuram ajuda não se encontra pronta para deixar de fumar. O reforço motivacional é fundamental para que qualquer mudança comportamental ocorra e é

imprescindível para trabalhar o comportamento de ambivalência do fumante, que ao mesmo tempo tem sentimentos de querer abandonar a droga e se sente incapaz de efetivar tal ato⁽¹⁸⁾.

Sendo assim, sugere-se que o profissional da saúde envolvido na dinâmica do processo de cessação deve realizar a Entrevista Motivacional (EM) usando as intervenções terapêuticas individualizadas para as pessoas que se encontram desmotivadas/despreparadas e ambivalentes, incentivando-as a refletirem e buscarem realizar mudanças no comportamento e avançar ao estágio de ação⁽¹⁹⁾. Alguns elementos essenciais para trabalhar as mudanças são sumarizados no acrônimo inglês FRAMES que significa: Feedback (fornecer feedbacks), Responsibility (responsabilidade) ênfase na responsabilidade do próprio paciente, Advice (Aconselhamento diretos como obter a mudança), Menu (alternativas de opções de escolha), Empathy (empatia) e Self-efficacy (auto-eficácia – o paciente acreditar na própria capacidade de mudança)⁽²⁰⁾. Isso está de acordo com o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT), que tem como principal pressuposto de que as automudanças bem sucedidas estão relacionadas à aplicação de estratégias certas (processos) na hora certa (estágios)⁽²¹⁾.

Outro resultado de destaque neste estudo foi a mudança dos escores do questionário que mede o nível de ansiedade (BAI). Os resultados comparativos dos níveis de ansiedade mostram grande diminuição da A1 (avaliação inicial) para a A2 (45 dias depois) e A3 (6 meses depois). Existem poucos relatos sobre a evolução da ansiedade dos fumantes ao longo do processo de cessação, o que dificulta as comparações com os resultados aqui encontrados. Estudo com resultado semelhante, diminuição do nível de ansiedade, foi feito com um único paciente⁽²²⁾.

É bastante complexa a relação tabagismo e ansiedade. Pessoas com estes transtornos são duas vezes mais propensas a fumar do que a população em geral, bem como que estes transtornos são mais comuns em fumantes do que não fumantes^(4,23). Uma das razões citadas dessa associação é que o tabagismo pode ser uma forma de automedicação para tratar dos sintomas ansiosos, pois a nicotina reduz os afetos negativos e é ansiolítica⁽²⁴⁻²⁵⁾. Além disso, o fumante ansioso tem maior dificuldade de abandonar a dependência, apresentando alta taxa de recaída e de fracasso terapêutico^(4,23,24).

A ansiedade pode ser definida como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo motivadora do desempenho. Poderá ser patológica quando for desproporcional à situação que a desencadeia ou quando não existir um objeto específico ao qual se direcione⁽²⁶⁾. Assim, deve

ser sempre lembrado o papel da ansiedade do fumante em processo de cessação do tabagismo no momento do seu atendimento, visando auxiliá-lo a superar os seus sintomas.

Do mesmo modo que a ansiedade, os resultados do questionário que avalia o nível de depressão também sofreu o impacto das intervenções realizadas ao longo do processo de cessação, diminuindo os escores dos fumantes, isto é, os fumantes que se mantiveram no programa mudaram seu perfil de depressão, ficaram menos depressivos com as medidas de intervenções realizadas. Possivelmente a soma dos efeitos dos medicamentos, principalmente a bupropiona, que é um antidepressivo, junto com a TCC foram os responsáveis pelos efeitos encontrados. Neste caso, o tratamento medicamentoso tem como função auxiliar a abordagem comportamental na fase em que os fumantes manifestam sintomas de síndrome de abstinência, pois facilita a abordagem do paciente, que vai sendo gradativamente estimulado e orientado a lidar com a dependência para tentar quebrar os condicionamentos das associações que fez com o cigarro⁽⁵⁾.

A depressão inclui alguns transtornos mentais como a depressão maior, distímia, depressão bipolar e outros. Apesar da comorbidade entre tabagismo e depressão ter sido documentado, os mecanismos dessa associação são controversos, pois fatores biológicos, psicológicos e sociais podem estar se adicionando⁽²⁷⁾. Todavia, existe forte evidência de comorbidade entre tabagismo e transtornos depressivos e pessoas que sofrem de depressão usam a nicotina para aliviar estes sintomas^(24,27).

Acompanhando os resultados da ansiedade e da depressão, também o nível de stress diminuiu significativamente da primeira para a segunda e terceira avaliação. Verificou-se que passando a fase inicial do processo de cessação, de maior presença dos sintomas da síndrome de abstinência, o nível de stress pode reduzir.

Sabe-se que a prevalência de stress em fumantes é mais elevada do que nos não fumantes⁽²⁸⁾. Fumantes afirmam que o cigarro é relaxante e alivia o stress, sendo relatado como um dos principais motivos pelos quais as pessoas fumam e considerado verdadeiro anestésico dos sentimentos e conflitos emocionais⁽²⁹⁾. Paradoxalmente, apesar dos fumantes relatarem que o tabagismo ajuda no relaxamento individual, o nível de stress dos fumantes é maior, quando comparado com não fumantes. Além disso, a dependência da nicotina aumenta o stress, sendo que o efeito relaxante aparente de fumar é rápido e fugaz, refletindo apenas o nível da droga circulante. Logo após, com a metabolização da nicotina, a tensão e a irritabilidade se instalam no fumante e ele sente a necessidade de voltar a consumir a droga para ficar relaxado⁽²⁸⁾. Todavia, mesmo com os níveis de stress aumentando no período

inicial do processo de cessação, após 14 dias de abstinência o ex- fumante torna-se menos estressado ⁽³⁰⁾.

A mais importante limitação deste estudo é o desconhecimento do percentual da participação da terapia medicamentosa ou da TCC nos resultados encontrados. Sugere-se a realização de outros estudos com grupo controle para a confirmação da efetividade de uma ou de outra forma de intervenção sobre as variáveis aqui estudadas. Pode-se apenas conjecturar que possivelmente a TCC teve papel importante nestes resultados, pois as variáveis modificadas pelas intervenções realizadas são factíveis de serem modificadas pela TCC, medidas mesmo após o término da intervenção, dando a impressão que foi mudança comportamental mesmo, não somente o efeito químico das drogas que se dissipa em poucos dias após o término do esquema terapêutico.

Os resultados analisados mostram que a grande maioria dos fumantes inicia o processo de cessação do tabagismo com a motivação em baixa e que esta sofreu mudanças com as intervenções feitas dentro do programa de cessação. A ação dos medicamentos, ao diminuir os sintomas de abstinência, associada à TCC, com as técnicas aplicadas de mudança no comportamento destes fumantes, foram determinantes para estes achados, sendo este resultado fundamental para a contribuição no tratamento de tabagistas.

Assim, concluí-se que as intervenções realizadas influenciaram significativamente sobre alguns fatores que geralmente dificultam à cessação do tabagismo, pois além do aumento do grau de motivação, produziram reduções nos níveis de ansiedade, depressão e stress ao longo das avaliações do programa de cessação.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global Status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Levy D, Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. *Pub Med.* 2012; (9)11.
3. Reichert J, Araujo AJ, Gonçalves CMC, et al. Smoking cessation guidelines – 2008. *J Bras Pneumol.* 2008; 34 (10): 845-80.
4. Piper ME, Cook JW, Schlam TR, et al. Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment. *Addiction.* 2010; 106: 418-27.

5. Martins KC, Seidl EMF. Mudança do comportamento de Fumar em participantes de grupos de Tabagismo. *Psic: Teor e Pesq.* 2011; 27(1): 55-64.
6. Pereira LFF. O que é terapia estendida e quando poderá ser indicada. *Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.* Alberto José de Araújo (coord). São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.
7. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer/INCA. Deixando de fumar sem mistérios – Manual do Coordenador. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
8. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978; 3(3-4): 235-41.
9. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerstöm test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *RBM - Rev Bras Med.* 2002 Ene-Fev; 59 (1): 73-80.
10. McConaughy EA, DiClemente CC, Prochaska JO, et al. Stages of change in psychotherapy: a follow up report. *Psychotherapy.* 1989; 26: 494-503.
11. Szupszynski KPD, Oliveira MS. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico USF.* 2008; 13(1):31-9.
12. Beck AT, Epstein N, Brown G et al. An Inventory for Measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988; 56: 893-7.
13. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiat.* 1961;4:53-63.
15. Lipp, MN. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
16. Lipp MEN, Guevara AJH. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. *Estudos de Psicologia.* 1994; 11(3): 43-9.
17. Siegel S, Castellan NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2ª ed. Artmed: São Paulo; 2006.
18. Silva ST, Martins MC, Faria RF, et al. Combating smoking in Brazil: the strategic importance of government actions. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(2): 539-52.
19. Russo AC, Azevedo RCS. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital universitário. *J Bras Pneumol.* 2010; 36(5): 603-11.

20. Miller WR, Rollnick S. - Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
21. Prochaska, JO, Diclemente CC, Norcross JC. Search of How people change: applications to addictive behavior. *Am Psychol.* 1992; 47: 102-14.
22. Mundim MM, Bueno GN. Behavioral analysis in a case of dependence to the nicotine. *Rev Bras Ter Comport Cogn.* 2006; VIII(2): 179-91.
23. Mykletun A, Overland S, Aarø LE, et al. Smoking in relation to anxiety and depression: Evidence from a large population survey: The Hunt Study. *Eur Psychiat.* 2008; 23: 77-84.
24. Urdapilleta-Herrera EC, Sansores RH, Ramirez-Venegas A, et al. Ansiedad y depresión em fumadores mexicanos y su relación com el grado de adicción. *Salud Publica México.* 2010; 52(2):120-7.
25. Edwards AC, Kendler KS. Nicotine Withdrawal-induced negative affect is a function of nicotine dependence and not liability to depression or anxiety. *Nicotine Tob Res.* 2011; 13(8): 677-85.
26. Andrade LHSG, Gorenstein C. General aspects of anxiety rating scales. *Rev. Psiquiatr Clín.* 1998; 25(6): 285-90.
27. Gigliotti AP, Lemos T. Quais as características das comorbidades psiquiátricas e do tabagismo: depressão, ansiedade e esquizofrenia? *Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.* Alberto José de Araújo (coord). São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.
28. Rosemberg J. Nicotina: droga Universal. São Paulo: SES/CVE; 2003 [Internet]. [Cited 2011 may 1]. Available from: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/nicotina.pdf.
29. Ivings K. *Livrar-se do cigarro – um plano para aniquilar o vício em nicotina.* São Paulo: Madras, 2009.
30. Fitzpatrick P. Official United States Air Force Website. Using tobacco does not reduce stress, researchers report. [Internet]. United States: US Air Force; 2011 Apr 29 [Cited 2013 Feb 4]. Available from: <http://www.af.mil/News/ArticleDisplay/tabid/223/Article/113470/using-tobacco-does-not-reduce-stress-researchers-report.aspx>

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar os fatores associados à cessação do tabagismo em unidades de saúde de Cuiabá/MT visando conhecer os fatores que poderiam dificultar a cessação de forma a pensar em estratégias a serem adotados nos Programas de Prevenção do Tabagismo.

Durante as entrevistas com os pacientes, foi possível constatar que alguns engendravam desculpas e usavam de crenças, de forma a racionalizar e justificar a manutenção do tabagismo. Além disso, os tabaco-dependentes costumavam relatar que ainda estavam fumando porque “alguém” os havia deixado nervoso, atribuindo toda a responsabilidade da sua dependência a outra pessoa. Desta forma, faz-se necessário possibilitar ao indivíduo a compreensão da dinâmica do uso das crenças relacionadas ao uso do tabaco, bem como fazer com que o paciente perceba que somente ele é responsável por ainda estar usando a droga.

Os relatos e os resultados demonstraram que dentre os fatores que estavam relacionados ao fracasso na cessação do tabagismo, encontravam-se a vontade e determinação em parar de fumar. Quando o paciente vinha motivado e determinado o processo fluía de forma mais tranquila. Porém, quando o paciente buscava o programa e estava na fase de pré-contemplação era perceptível uma discrepância entre a meta desejada e o estado atual do paciente, fazendo com que o paciente chegasse a desistir do tratamento.

Desta forma, os profissionais de saúde devem estar atentos a como trabalhar de maneira a permitir que o paciente tenha consciência do seu problema e paulatinamente tome a decisão de abandonar o cigarro. Esses indivíduos precisam de acompanhamento constante, pois entender e trabalhar a ambivalência entre querer e precisar parar de fumar pode demandar tempo e ser a vertente fundamental no processo de cessação.

A partir do relato dos pacientes pôde-se perceber que o apoio dos familiares é imprescindível nesta etapa, pois os pacientes estão sensíveis, com dúvidas inclusive sobre a sua capacidade de conseguir ou não, precisando de apoio moral e psicológico. Explicitar e conseguir fazer com que os familiares visualizem o tabaco como uma patologia e não como verbalizado por pacientes como “falta de vergonha na cara” é um dos desafios dos profissionais de saúde.

Pelo alto número de pessoas ansiosas e deprimidas verificadas pelos instrumentos, observa-se que a nicotina pode ajudar a manter a homeostase interna. Dessa forma, estes

pacientes precisam de suporte psicológico e psiquiátrico para trabalhar as questões subjetivas e as morbidades psiquiátricas e conseguir obter sucesso nessa terapêutica.

Algumas limitações deste estudo devem ser relatadas. A mais importante limitação deste estudo é o desconhecimento do percentual da participação da terapia medicamentosa ou da TCC nos resultados encontrados. Sugere-se a realização de outros estudos com grupo controle para a confirmação da efetividade de uma ou de outra forma de intervenção sobre as variáveis aqui estudadas. Pode-se apenas conjecturar que possivelmente a TCC teve papel importante nestes resultados, pois as variáveis modificadas pelas intervenções realizadas são factíveis de serem modificadas pela TCC. As medidas mesmo após o término da intervenção, sugerem que foi realmente mudança comportamental, não somente o efeito químico das drogas que se dissipa em poucos dias após o término do esquema terapêutico.

Quanto a outras possíveis limitações deste estudo, uma delas foi em relação à divergência entre as informações fornecidas pelos fumantes sobre o status do tabagismo e as obtidas pelo marcador. Isso pode ter ocorrido pois o tempo de detecção do CO é limitado, em média 6 horas, podendo se estender até 24 horas. Além disso, outras variáveis podem interferir nesta mensuração, tais como horas de sono, nível de exercício físico, tabagismo passivo e exposição ambiental à fumaça^{230,273}. Nesta pesquisa, em cinco pacientes o aparelho não conseguiu detectar alta concentração de monóxido de carbono, pois estes haviam fumado em período superior ao acima especificado e os resultados evidenciados eram de não fumantes, sendo que os mesmos ainda estavam fumando conforme relato.

Outra limitação foi que o Inventário de Ansiedade de Beck não conseguiu delimitar as nuances dessa variável. Foi possível identificar e confirmar a presença de ansiedade e a associação desta com tabagismo, mas não identificar qual transtorno ansioso o paciente apresentava. Outro fator limitante foi a impossibilidade de analisar os pacientes que abandonaram o Programa antes do término do acompanhamento preconizado para este estudo.

Destaca-se também a limitação relacionada ao Teste de Fagerström, um dos questionários mais utilizados para verificar a dependência à nicotina, mas que tem suas próprias limitações, pois consegue avaliar somente a dependência física e não mede a psicológica^{103,230}.

7. CONCLUSÕES

1. Baixo nível motivacional, menor tempo de tabagismo, maior carga tabágica e alto nível de ansiedade estão associados ao fracasso na cessação.
2. A alta dependência nicotínica está associada com ser do gênero masculino, maior quantidade de cigarros fumados/dia e o nível de depressão moderado/grave.
3. A prevalência de abandono da dependência à nicotina foi maior nas seguintes situações: ser do sexo masculino, pertencer a faixa etária de 20-39, estar trabalhando, ter baixo nível motivacional, menor tempo de tabagismo e menor carga tabágica.
4. As intervenções realizadas foram eficazes, pois além do aumento do grau de motivação, produziram redução significativamente nos níveis de ansiedade, depressão e estresse ao longo das avaliações durante o processo de cessação.

8. SUGESTÕES

Diante dos resultados obtidos, algumas sugestões foram elencadas para a melhoria dos Programas de cessação de tabagismo, que são:

1. Aumento das unidades de saúde que oferecem o Programa de Cessação do Tabagismo, tendo em vista a demanda elevada,
2. Treinamento a um número maior de profissionais de saúde, de forma a saberem usar da Abordagem breve/mínima,
3. Utilização por parte dos profissionais de saúde de estratégias motivacionais, considerando a motivação um aspecto essencial para parar de fumar,
4. Avaliação inicial dos sintomas de ansiedade, depressão, estresse e motivação,
5. Possibilidade de acompanhamento psicológico/psiquiátrico aos pacientes que fazem parte do programa,
6. Ensinar nos treinamentos realizados pelo Ministério da Saúde em parceria com o Governo de Estado de Saúde aos profissionais responsáveis pela condução dos grupos, as estratégias e técnicas de entretimento e de controle de estresse,
7. Avaliação de CO₂ com o uso do monoxímetro no início e no final do Programa, de forma a usar dos resultados como estímulo motivacional na cessação do tabagismo,
8. Reavaliação por parte do Ministério da Saúde do conteúdo dos manuais trabalhados em cada sessão, de forma a sensibilizar os diferentes perfis de tabagistas,
9. Horários diferenciados do Programa para pacientes que trabalham e
10. Inclusão dos familiares no tratamento de cessação, pois o apoio familiar é imprescindível.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Brasil (Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.199 p.
2. Goulart D, Engroff P, Ely LS et al. Tabagismo em idosos. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010; 13(2): 313-20.
3. World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. Tejada CAO, Ewerling F, Santos AMA, et al. Factors associated with smoking cessation in Brazil. Cad. Saúde Pública. 2013; 29 (8): 1555-64.
5. Echer IC, Barreto SSM. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. Rev Latinoam Enferm. 2008; 16 (3): 445-51.
6. Iglesias EB. Programa para dejar de fumar. Madrid, Nova Galicia: 2007.
7. Oliva AD. Parar ou não parar de fumar? Tabagismo é dependência e tem tratamento. Polêmica. 2008; 7(4): 77-82.
8. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [Acesso em 09 jan 2012] Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf.
9. Rosemberg J. Nicotina. Droga Universal. Instituto Nacional de Câncer, 2003. [Acesso em 10 jul 2010]. Disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina/pdf>.
10. World Health Organization. Global Status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, 2011. [Acesso em 03 dez 2012]. Disponível em http://www.who.int/nmh/publications/nd_report-full-en.pdf.
11. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: Inca, 2011.
12. Cavalcante T. Quais são os indicadores epidemiológicos do tabagismo no Brasil e no mundo? In: Araújo AJ, organizador. Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012. p.12-6.

13. Szklo AS, de Almeida LM, Figueiredo VC, et al. A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. *Prev Med.* 2012; 54 (2):162-7.
14. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *B World Health Organ.* 2007; 85(7): 527-34.
15. Levy D, Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: The Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation. *Plos Med.* 2012; (9)11: 1-12.
16. Ministério da Saúde (Brasil), Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [Acesso em 20 mai 2013] Disponível: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigitel_2011_final_0812.pdf
17. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer/INCA. Inquérito domiciliar sobre comportamento e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004 [Acesso em 11 jan 2011] Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo.
18. Issa JS. Tabagismo e Doença Cardiovascular. V. 1. São Paulo: Planmark; 2007; 142.
19. Garanttoni B. O novo cigarro. *Superinteressante, Tecnologia.* 2008. 74-9.
20. Costa AA, Elabras Filho J, Araújo ML, et al. Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. *Rev Socerj.* 2006; 19 (5): 397-403.
21. Costa JBD. O Fumo no Banco dos réus culpado ou inocente? São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 1984.
22. Park EM, Park YM, Gwak YS. Oxidative damage in tissues of rats exposed to cigarette smoke. *Free Radic Biol Med.* 1998; 25 (1): 79-86.
23. Silva CAR. Composição química da fumaça do cigarro. In: Viegas CAA, organizador. Diretrizes para a Cessação do Tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2004; 30 (2): S8-10.
24. Henningfield JE. Tudo sobre drogas – Nicotina. São Paulo: Nova Cultural; 1988.
25. Villanova CAC. Tabagismo como fator de risco. In: Silva LCC. *Conduas em Pneumologia. Vol I.* Rio de Janeiro. Revinter, 2001: 210-3.
26. Martins KC. “Eu queria, mas não conseguia...” aspectos relacionados à mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo.[Dissertação] Brasília:

Universidade de Brasília. Curso de Processos de desenvolvimento Humano e Saúde. Departamento de Psicologia, 2009.

27. Iglesias EB. Tabaco Prevención y tratamiento. Madrid, Pirámide: 2006.

28. Kirchenchtejn C, Chatkin JM. Dependência da Nicotina. In: Viegas CAA, coordenador. Diretrizes para a Cessação do Tabagismo. J Bras Pneumol. 2004; 30(2): 11-8.

29. Gigliotti AP, Lemos T. Quais são os mecanismos da dependência de nicotina? In: Araújo AJ, organizador. Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012. p. 110-3.

30. Mendonça ACD. Fumar pra quê? - dicas e sugestões para vencer o vício. São Paulo: Marco Zero; 2004.

31. Ivings K. Livre-se do cigarro – um plano para aniquilar o vício em nicotina. São Paulo: Madras; 2009.

32. Henningfield JE, Keenan RM. Nicotine delivery kinetics and abuse liability. J Consul Clin Psychol. 1993; 61(5): 743-50.

33. Balbani APS, Montovani JC. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. Rev. Bras Otorrinolaringol. 2005; 71(6): 820-7.

34. Reichert J, AJ de Araújo, CMC Gonçalves, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. J Bras Pneumol. 2008; 34 (10): 845-80.

35. Gigliotti AP, Lemos T. Qual a relação entre tabagismo e comorbidades psiquiátricas? In: Araújo AJ, organizador. Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012. p. 271-4.

36. APA-American Psychiatry Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR). C. Dornelles (Trad). 4ª Ed Rev. Porto Alegre: Arned; 2002

37. Botelho C. Você também pode parar de fumar. Cuiabá: Carlini & Caniato. 2006.

38. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer/INCA. Programa Nacional de Controle do Tabagismo - Abordagem e tratamento do fumante: Consenso. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001 [Acesso em 03 mai 2011] Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo/parar/consenso.htm.

39. World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneve, WHO, 2004.

40. Gigliotti AP, Ferreira M. Tratamento do tabagismo. In: B. Rangé, Ed. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 351-71.

41. Echer IC. Fatores de sucesso no abandono do tabagismo. [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Medicina, Departamento de Ciências Médicas; 2006.
42. Sardinha A, Oliva AD, Falcone EMO. Apresentação de um Programa de controle do Tabagismo. In: Falcone EMO, Oliva AD, Figueiredo C, organizadores. Produções em Terapia Cognitivo-Comportamental. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p.308-16.
43. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISAM, et al. Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(2): 353-5.
44. Mazoni CG, Fernandes S, Pierozan OS, et al. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão de literatura. Estud Psicol. 2008; 13(2), 133-40.
45. Dórea AJ, Botelho C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. J Bras Pneumol. 2004; 30 (2): 41-6.
46. Magliari RT, Pagliusi AL, Previero BM et al. Prevalência de tabagismo em estudantes de faculdade de medicina. Rev Med. 2008; 87 (4): 264-71.
47. Tami SE, Iritsu NI, Tani M, et al. Avaliação do conhecimento sobre tabagismo em pacientes internados. J. Bras. Pneumol. 2010; 36(2): 218-23.
48. Oliveira AJA, Milhomem CR, Souza MP, et al. Prevalência do Tabagismo e demanda por cessação em Anápolis, GO. Rev Eletrônica Gest Saúde. 2013; 4(1): 1757-67.
49. Pereira LFF. O que é terapia estendida e quando poderá ser indicada? In: Araújo AJ, organizador. Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012. p. 110-3
50. Cavalcante T. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rev Psiquiatr. 2005; 32(5): 283-300.
51. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer/INCA. Diretoria de Prevenção e Vigilância. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de Câncer: modelo lógico e avaliação. 2ª Ed. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
52. Teles AS. Apesar de serem referência mundial, programas de controle ao abagismo ainda precisam de mais incentivo no Brasil. Contas Abertas, 2006 [Acesso em 2010 Aug 26]. Disponível em: <http://www.contasabertas.com.br/website/arquivos/3298>
53. Silva ST, Martins MC, de Faria FR, et al. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. Ciênc Saúde Coletiva. 2014; 19 (2): 539-52.

54. Santos JDP. Avaliação da efetividade do programa de tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde. [Dissertação]. Porto Alegre: UFRGS. Curso de Epidemiologia. Faculdade de Medicina, 2011.
55. Silva LCC. Tratamento do Tabagismo. Revista da AMRIGS. 2010 Abr/Jun; 54 (2): 232-9.
56. Viegas CAA, Reichert J. Medicamentos não nicotínicos. In: Viegas CAA, editor. Tabagismo – do Diagnóstico à Saúde Pública. 1 Ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 241-7.
57. Meirelles RHS, Cavalcante TM, Costa, et al. Programa de intervenção breve para clínicos. In: Gigliotti A, organizador. Tratamento do tabagismo: registro das conferências do III simpósio internacional sobre tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: Vitro Comunicação e Editora; 2000. p.70-85.
58. Diehl, A, Cordeiro DC, Laranjeira R et al. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.
59. Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, et al. Consenso sobre o Tratamento da Dependência de nicotina. RBM Psiquiatr. 2001; 23 (4): 200-14.
60. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. Respir Care. 2008; 53 (9): 1217-22.
61. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. AM J Prev Med. 2008; 35:158-76.
62. Sutherland G. Smoking: can we really make a difference? Heart 89 (II):1125-7, 2003.
63. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: Clinical and Practice Guideline. Rockville MD. U.S. Department of Health and Human Services. 2000.
64. Cinciprini PM, Hecht SS, Henningfiel JE, et al. Tobacco Addiction: implications for treatment and cancer prevention. J Natl Cancer Inst. 1997; 89 (24): 1852-67.
65. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ. 2008; 179(2): 135-44.
66. Otero UB, Perez CA, Szklo M, et al. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006, 22(2): 439-49.
67. Carvalho CRS. O Instituto Nacional do Câncer e Controle do Tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

68. Meier DAP, Vannuchi MTO, Secco IAO. Abandono do Tratamento do Tabagismo em Programa de Município do Norte do Paraná. *Espaço Saúde*. 2011; 13(1): 35-44.
69. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Rev Bras Ter Comport Cogn*. 2013; XV (2): 35-44.
70. West R, Sohal T. “Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey. *Brit Med J*. 2006; 332 (7539): 458-60.
71. Azevedo RCS, Fernandes RF. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. *São Paulo Med J*. 2011; 129(6): 380-6.
72. Nerín I, Novella P, Crucelaegui A, et al. Factores predictores de êxito a lós 6 meses em fumadores tratados em uma unidade de tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2004; 40(12): 558-62.
73. Machado AR, Araújo AJ. Qual é o custo do tabagismo ativo? In: *Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo*. Araujo AJ, organizador. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012. p.32-38.
74. Pinto M, Ugá MAD. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26 (6): 1234-45.
75. Rimm DC, Masters JC. *Terapia Comportamental – Técnicas e Resultados Experimentais*. 2ª ed. São Paulo. Manole; 1983.
76. Frank CM. Origens, história recente, questões atuais e estados futuros da terapia comportamental: uma revisão conceitual. In: Caballo, V.E. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo: Santos; 2011. p. 3-22.
77. Dobson D, Dobson KS. *A Terapia Cognitivo-Comportamental baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
78. Knapp P, organizador. *Terapia Cognitivo- Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
79. Beck JS. *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
80. Burns DD. *The feeling good handbook*. New York: William Morrow. 1989.
81. Knapp P, Rocha DB. Conceitualização cognitiva: Modelo de Beck. In: Caminha, RM et al., organizador. *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 39-45.
82. Beck AT, Liese B. *Terapia Cognitiva de lãs drogodependencias*. Barcelona: Paidós; 1999.
83. Knapp P, Luz EJr, Baldisserotto G. Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In: Rangé, B, organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001. p. 332-50.

84. Beck AT, Wright F, Newman CF, et al. Cognitive therapy on substance abuse. [periódico na Internet]. New York: Guilford, 1993. [Acesso em 12 set 2011] Disponível em: http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=XSWUXLKeVZgC&oi=fnd&pg=PA1&ots=HOb9IP4rb_&sig=YjTGMgdiA68k2VZbw9rc8HrH0rk#v=onepage&q&f=true
85. Luz Jr. Dependência química. In: Knapp P, editor. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 280-94.
86. Fiore MD. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. A US Public Health Service Report. JAMA. 2000; 283 (24): 3244-53.
87. Hollander MY, Kazaoka K. Behavior therapy groups. Six Group Therapies, Nueva York, Plenum Press; 1988.
88. Wessler RL. Terapia de grupo cognitivo-comportamental. In: Caballo VE, organizador. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos; 2011. p. 721-40.
89. Sardinha A, Oliva AD, D' Augustin J, et al. Intervenções cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. Rev Bras Ter Cogn. 2005; 1(1): 83-90.
90. Sykes CM, Marks DF. Effectiveness of a cognitive behaviour therapy self-help programme for smokers. 2001; 16: 255-60.
91. Ismael SMC. Efetividade da Terapia Cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista. [Tese] São Paulo: Universidade de São Paulo. Curso de Medicina. Departamento de Ciências, 2007.
92. Calheiros PRV. Avaliação da efetividade do tratamento da dependência da nicotina. [Tese]. Porto Alegre: Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia, 2007.
93. Rosas M, Baptista F. Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. Anál Psicol. 2002; 20 (1) 45-56.
94. Mundim MM, Bueno GN. Análise comportamental em um caso de dependência à nicotina. Rev Bras Ter Comport Cogn. 2006; VIII(2): 179-91.
95. Figueiró LR, Bortolon CB, Benchaya MC et al. Assessment of changes in nicotine dependence motivation, and symptoms of anxiety and depression among smokers in the initial process of smoking reduction or cessation: a short term follow-up study. Trends Psychiatry Psychoter. 2013; 35(3): 212-20.
96. Martins KC, Seidl EMF. Mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. Psicol Teor Pesqui. 2011; 27 (1): 155-64.

97. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão FFSS, et al. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *J. Bras. Pneumol.* 2008;34(9): 695-701.
98. Perez GH. Fatores associados e preditivos da recaída no comportamento de fumar com síndromes coronárias agudas. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo/USP. Curso de Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina, 2009.
99. Lima MS, Viegas CAA. Avaliação do grau de ansiedade, depressão e motivação dos fumantes que procuraram tratamento para deixar de fumar no Distrito Federal. *Rev Bras Cancerol.* 2011; 57 (3): 345-53.
100. Szklo AS, Otero UB. Perfil dos fumantes que não buscam tratamento para deixar de fumar, município do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública.* 2008; 42(1): 139-42.
101. United States Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies. 2009. [Acesso em 10 jul 2011] Disponível em: <HTTP://dx.doi.org/10.3886/ICPSR29621>
102. Medeiros D. Tabagismo e transtorno mental comum na população de São Paulo. Um estudo a partir do inquérito de Saúde no Município de São Paulo. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo/USP. Curso de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, 2010.
103. Halty LS, Huttner MD, Oliveira Netto IC, et al. Análise da utilização do questionário de tolerância de fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J Bras Pneumol.* 2002; 28(4): 180-6.
104. Santos VA, Migott AM, Bau CH, et al. Tobacco smoking and depression: results of a cross-sectional study. *Br J Psychiatry.* 2010; 197 (5): 413-6.
105. Castro MG, Oliveira MS, Moraes JFD, et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007; 34(2): 61-7.
106. Pereira JD, Martins CM, Baeta AC. Comparação dos hábitos tabágicos entre grupos geracionais na ESTSP (Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto). *ESTSP- IPP.* 2010,1: 1-9.
107. Acosta LM, Zampieri JT, Brandalise L, et al. Associação do tabagismo com transtornos psiquiátricos – resultados preliminares. XII Salão de Iniciação Científica – PUCRS. 2011 - [Acesso em 2012 Mar 16]. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/SIC/XII/XII/4/6/3/12/1.pdf>.
108. Afonso F, Pereira MG. Preditores da dependência nicotínica e do comportamento planejado para deixar de fumar. *Anál Psicol.* 2013; XXXI (1): 17-29.
109. Pierce JP, Messer K, White MM. Prevalence of Heavy Smoking in California and the United States, 1965-2007. *JAMA,* 2011; 305(11):1106-12.

110. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ*. 2004 Feb; 328(7435): 338-9.
111. Calheiros PRV, Oliveira MS, Calheiros LB, et al. Fatores associados a recaída em tabagista sob tratamento psicoterápico. *Rev Cient Facimed*. 2009; 1 (1).
112. Moura CT. A análise da qualidade de vida e da dependência nicotínica de indivíduos tabagistas e sua relação com a doença pulmonar obstrutiva crônica. [Monografia]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Curso de Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia; 2005.
113. Calheiros PRV. Avaliação da efetividade do tratamento da dependência da nicotina. [Tese]. Porto Alegre: Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia, 2007.
114. Viegas CAA, coord. Diretrizes para a Cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2004; 30(2): S1-76.
115. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas com o tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2007; 33(5): 592-601.
116. Bock BB, Goldstein MG, Marcus BH. Depression following smoking cessation in women. *J Subst Abuse*. 1996; 8(1): 137-44.
117. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Major depression following smoking cessation. *Am J Psychiatry*; 1997; 154 (2): 263-5.
118. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, et al. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA – Jam Med Assoc*. 2000; 284: 2606–10.
119. Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação Psicol*. 2006; 10 (1): 91-9.
120. Mykletun A, Overland S, Aarø, et al. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: The Hunt study. *Eur Psychiat*. 2008; 23 (2): 77-84.
121. Urdapilleta-Herrera EC, Sansores RH, Ramirez-Venegas A, et al. Ansiedad y depresión em fumadores mexicanos y su relación com el grado de adicción. *Salud Pública de México*. 2010; 52(2): 120-7.
122. Piper ME, Cook JW, Schlam TR, et al. Anxiet diagnoses in smokers seeking cessation treatment relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment. *Addiction*. 2010; 106 (2): 418-27.
123. Snider F. R., Davis F. C., Henningfield J. E. The tobacco withdrawal syndrome: performance decrements assessed on a computerized teste battery. *Drug Alcohol Depend*. 1989. 97:17.

124. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e psiquiatria Clínica*. Trad: Dayse Batista. 7ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
125. Kilian R, Becker T, Krüger K, et al. Health behavior in psychiatric in-patients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 114(4):242-8.
126. Zvolensky MJ, Steeart SH, Vujanovic AA, et al. Anxiety sensitivity and anxiety and depressive symptoms in the prediction of early smoking lapse and relapse during smoking cessation treatment. *Nicotine Tob Res*. 2009; 11 (3):323-31.
127. Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, et al. Smoking and psychiatric disorders: A comorbidity survey. *Braz J Med Biol Res*. 2002; 35 (8): 961-67.
128. Munaretti CL, Terra MB. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. *J Bras Psiquiatr*. 2007 Jan; 56 (2): 108-15.
129. Quesada M, Carreras JM, Sanches L. Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones*. 2002; 14(1); 65-78.
130. Castro MGT, Oliveira MS, Araujo RB, et al. Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008; 30(1): 25-30.
131. John U, Meyer C, Rumpf HJ, et al. Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity-a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug Alcohol Depen*. 2004; 76 (3): 287-95.
132. Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, et al. Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *Rev Panam Salud Publica*. 2006; 19(4): 265-76.
133. Hofman SG, Rickey JA, Kashdan TB, et al. Anxiety disorders moderate the association between externalizing problems and substance use disorders: Data from the National Comorbidity Survey-Revised. *J Anxiety Disord*. 2009; 23(4) 529-34.
134. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Rev Psiq Clín*. 2003; 30(6): 221-8.
135. King AC, Epstein AM. Alcohol dose-dependent increases in smoking urge in light smokers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29 (4): 547-52.
136. Vendrametto MC, Silva MC, Gomes MF, et al. Prevalência de tabagismo em docentes de uma instituição de ensino superior. *Arq Ciências Saúde UNIPAR*. 2007; 11 (2): 134-8.
137. Grant BF, Hasin DS, Chou SP, et al. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*; 2004; 61 (11): 1107-15.

138. Ratto LRC, Menezes PR, Gulinelli A. Prevalence of tobacco use in individuals with severe mental illnesses, São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4): 510-6.
139. Hughes JR. Genetics of smoking: a brief review. *Behav Ther*; 1986.
140. Chad DM, Giese AA, Turnbull JJ.; et al. Predictors of Tobacco Use Among Persons With Mental Illnesses in a Statewide Population. *Psychiatric services*. July 2006 Vol. 57 No. 7 1035-8.
141. Andrade LHSG, Goreinstein C. Aspectos Gerais das escalas de avaliação da ansiedade. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998; 25 (6): 285-90.
142. Patton GC, Carlin JB, Coffey C, et al. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *Am J Public Health*. 1998; 88 (10):1518-22.
143. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: Implications for smoking cessations treatment. *Am J Med*. 2008; 121 (1), S3-10.
144. Edwards AC, Kendler KS. Nicotine Withdrawal-induced negative affect is a function of nicotine dependence and not liability to depression or anxiety. *Nicotine Tob Res*. 2011;13(8): 677-85.
145. Haro R, Drucker-Colín R. Effects of long-term administration of nicotine and fluoxetine on sleep in depressed patients. *Arch Med Res*. 2004; 35(6): 499-506.
146. Watson NL, VanderVeen JW, Cohen LM, et al. Examining the interrelationships between social anxiety, smoking to cope, and cigarette craving. *Addict Behav*. 2012; 37 (8): 986-9.
147. Kandel DB, Davies M. Epidemiology of depressive mood in adolescents: an empirical study. *Arch Gen Psychiatry*. 1982; 39(10): 1205-12.
148. Weinberger AH, Mazure CM, Morlett A, et al. Two Decades of Smoking Cessation Treatment Research on Smokers Depression: 1990-2010. *Nicotine Tob Res*. 2013; 15 (6): 1014-31.
149. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of casual linkages using a longitudinal birth cohort. *Br J Psychiatry*. 2010; 196(6): 440-6.
150. Fagerström K, Furberg H. A comparison of the fagerström test for nicotine dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction*. 2008; 103 (5):841-5.
151. Alati R, Kinner S, Najman JM, et al. Gender differences in the relationships between alcohol, tobacco and mental health in patients attending an emergency department. *Alcohol*. 2004; 39(5): 463-9.

152. Pomerleau CS, Marks JL, Pomerleau OF. Who gets what symptom? Effects of psychiatric cofactors and nicotine dependence on patterns of smoking withdrawal symptomatology. *Nicotine Tob Res.* 2000; 2 (3): 275-80.
153. APA- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical of mental disorders 4- DSM IV. Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders. Estados Unidos: 2006.
154. Watson D, O'Hara MW, Simms LJ, et al. Development and validation of the Inventory of depression and anxiety symptoms (IDAS). *Psychol Assess.* 2007; 19 (3): 253-68.
155. Bortoluzzi MC, Kehrig RT, Loguercio AD, et al. Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba, RS). *Cienc Saúde Coletiva.* 2011; 16(3): 1853-9.
156. Lerman C, Caporaso N, Main D, et al. Depression and self-medication with nicotine: the modifying influence of the dopamine D4 Receptor Gene. *Health Psychol.* 1998; 17(1): 56-62.
157. Pomerleau OF, Pomerleau CS, Mehringer AM. Nicotine dependence, depression, and gender: characterizing phenotypes based on withdrawal discomfort, response to smoking, and ability to abstain. *Nicotine Tob Res.* 2005; 7 (1): 91-102.
158. Batra A. Treatment of Tobacco Dependence. *Dtsch Arztebl Int.* 2011; 108 (33); 555-64.
159. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. A dinâmica psicológica do tabagismo: o papel de características de personalidade, psicopatologia, fatores genéticos e neurobiológicos no comportamento de fumar tabaco. Mato Grosso: Entrelinhas; 2004.
160. Planeta CS, Cruz FC. Bases neurofisiológicas da dependência da nicotina. *Rev Psi Clín.* 2005; 32(5): 251-8.
161. Breslau N, Kilbey MM, Andreski PMA. Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Arc Gen Psychiatry.* 1991; 48 (12): 1069-74.
162. Mickens L, Greenberg J, Ameringer KJ, et al. Associations Between Depressive Symptom Dimensions and Smoking Dependence Motives. *Eval Health Prof.* 2011; 34(1) 81-102.
163. Swan GE, Jack LM, Curry S, et al. Bupropion SR and counseling for smoking cessation in actual practice: Predictors of outcome. *Nicotine & Tobacco Research.* 2003; 5:911-921.
164. Haas AI, Munoz RF, Humfleet GL, et al. Influences of mood, depression history, and treatment modality on outcomes in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 2004; 72:563-570.
165. Slopen N, Dutra LM, Williams DR, et al. Psychosocial stressors and cigarette smoking among African American adults in midlife. *Nicotine Tob Res.* 2012; 14(10): 1161-9.

166. Molina OF. Estresse no cotidiano. São Paulo: Pancast; 1996.
167. Parrot AC. Does cigarette smoking cause stress? *Am Psychol.* 1999; 54 (10): 817-20.
168. O'Connor A. The Claim: Smoking Relieves Stress. *The New York Times.* 2010; Sect. D5 Health.
169. Fitzpatrick P. Using tobacco does not reduce stress, researchers report. *US Air Force.* 2011 Apr. [Acesso em 4 fev 2013]. Disponível em: <http://www.af.mil/News/ArticleDisplay/tabid/223/Article/113470/using-tobacco-does-not-reduce-stress-researchers-report.aspx>
170. Prochaska JO. Smoking and mental illness – breaking the link. *New Engl J Med.* 2011; 365 (3): 196-8.
171. Calheiros PRV, Oliveira MS, Andretta I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. *Aletheia.* 2006; 23(5): 65-74.
172. Costa AD. Tabagismo nos médicos e enfermeiros da cidade do Porto. *RPMGF.* 2006; 22 (1): 27-38.
173. Claro AP, Oliveira GC, Marson FC, et al. Avaliação do grau de dependência nicotínica em uma população universitária. *Uningá Review.* 2012; 11(2): 58-64.
174. Malta DC, Moura ECM, Silva AS, et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *J Bras Pneumol.* 2010; 36(1): 75-83.
- 175 Ministério da Saúde (Brasil), Vigitel Brasil: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 [Acesso em 03 maio 2014] Disponível: <http://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>
176. Pimentel MH, da Mata MAP, Anes EMGJ. Tabaco e álcool em estudantes: mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicol Saúde Doenças.* 2013; 14(1).
177. Chkhaidze I; Maglakelidze N, Maglakelidze t, et al. Prevalência de tabagismo e fatores que o influenciam em estudantes de medicina e outros universitários em Tbilisi, Geórgia. *J Bras Pneumol* 2013; 39(5): 579-84.
178. Inca - Instituto nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. [Brasília]: Percentual de fumantes no Brasil cai mais uma vez, afirma Vigitel; 2014. [Acesso em 06 May 2014]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2014/percentual_fumantes_brasil_cai_mais_uma_vez_vigitel

179. Moraes MA. Avaliação da implantação do programa de controle do tabagismo no hospital Santa Cruz – São Paulo – Capital. [Tese] São Paulo: Universidade de São Paulo/USP. Curso de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, 2006.
180. Frare e Silva RL, Carmes ER, Schwatz AF, et al. Cessação de tabagismo em pacientes de um hospital universitário em Curitiba. *J Bras Pneumol*. 2011; 37(4): 480-7. 169.
181. Koopmans GT, Lamers LM. Gender and health care utilization: the role of mental distress and help-seeking propensity. *Soc Sci Med*. 2007; 64 (6): 1216-30.
182. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A Panorama of health in Brazil – Access and utilization of services, health conditions, risk factors and health protection 2008. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2009 [Acesso em 10 ago 2011]. Disponível em: www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/populacao/panorama_saude_brasil-2003_2008/default.shtm.
183. Araújo AJ, Caldas N, Borges MT, et al. Abordagem de populações especiais: tabagismo e mulher- razões para abordagem específica do gênero. In: Gigliotti AP, Presman S, organizadores. Atualização no Tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: ABP – Saúde; 2006. p.107-28.
184. Sales MHU, Figueiredo MRF, Oliveira MI, et al. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J Bras Pneumo*. 2006; 32(5): 410-7.
185. Niel M. Redução de danos para drogas fumadas. In: Niel M, Silveira DX, editores. Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: Imprensa Oficial; 2008.
186. Karen SKK, Oliveira ML, Pádua AI, et al. Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. *Medicina*. 2012; 45(3): 337-42.
187. Sales CMB, Andreis M, Frankeb RA et al. Da iniciação no tabagismo à decisão de parar de fumar: um longo caminho percorrido - Reflexões a partir do trabalho de psicoterapia de grupo no tratamento da dependência de nicotina. Anais do 3º Congresso Brasileiro sobre o tabagismo. Porto Alegre, 2000.
188. US Department of Health and Human Services. The Health consequences of smoking: a report of surgeon general. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2004.
189. Issa JS, Perez GH, Diament J, et al. Efetividade da bupropiona no tratamento de pacientes tabagistas com doença cardiovascular. *Arq. Bras Cardiol*. 2007 Apr; 88(4): 434-40.
190. Andretta I, Oliveira MS. A Técnica da Entrevista Motivacional na Adolescência. *Psic. Clin*. 2005; 17(2): 127-39.

191. Marques AC. A importância da avaliação inicial. Adolescência e drogas São Paulo: Contexto, 2004.
192. Cardoso DB, Coelho APCP, Rodrigues M, et al. Fatores relacionados ao tabagismo e ao seu abandono. *Rev Med.* 2010; 89 (2): 76-82.
193. Beynon CM, McMinn AM, Marr AJ. Factors predicting dropout from, and retention in, specialist drug treatment services. A case control study in the North West of England. *BMC Public Health.* 2008; 8:149.
194. Szklo AS, Levy D, Souza MC. Changes in cigarette consumption patterns among Brazilian smokers between 1989 and 2008. *Cad Saúde Pública.* 2012 Nov; 28 (11): 2211-15.
195. APA -American Psychiatric Association. Diretrizes para o tratamento de transtornos Psiquiátricos. Compêndio 2006. Porto Alegre: Artmed, 2008.
196. Barros AJD, Cascaes AM, Wehrmeister FC, et al. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(9): 3707-16.
197. Godoy, I. Quais são as principais “janelas de oportunidade” e os argumentos-chave a serem usados na abordagem? In: Araújo AJ, organizador. *Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo.* São Paulo: AC Farmacêutica; 2012. p. 116-8.
198. Czernecki V, Pillon B, Houeto J, et al. Motivation, reward, and Parkinson’s disease: influence of dopatherapy. *Neuropsicologia.* 2002, 40: 2257-67.
199. Sestelo MR. Avaliação motivacional e comportamental. Qual a importância e como avaliar o estágio de motivação em que se encontra o paciente. In: Araújo AJ, organizador. *Manual de condutas e práticas em tabagismo.* Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012. p. 145-7.
200. Heather N. Addictive disorders are essentially motivational problems. *Br J Addict.* 1992; 87(6): 828-30.
201. Lincourt P, Kuettel T, Bombardier C. Motivational interviewing in group setting with mandated clients. *Addict Behav.* 2002; 27 (3): 381-91.
202. Russo AC, Azevedo RCS. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *J Bras Pneumol.* 2010; 36(5): 603-11.
203. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In Search of How People Change: Applications to Addictive behavior. *Am Psychol.* 1992; 47 (9), 1102-14.

204. Lima MS. Estudo da correlação entre o grau de depressão e ansiedade e a motivação para a cessação do tabagismo. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília. Curso de Medicina. Departamento de Ciências da Saúde, 2012.
205. Oliveira MS, Szupszynski KDR, DiClemente C. Estudo dos estágios motivacionais de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. *PSICO*. 2010; 41 (1): 40-6.
206. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. *Changing for Good. A Revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: HarperCollins; 1994.
207. DiClemente CC, Prochaska Jo. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*. 1982; 7(2): 133-42.
208. Stephens S, Cellucci T, Gregory J. Comparing stage of change measures in adolescent smokers. *Addict Behav*. 2004; 29(4): 759-64.
209. Ramos D, Soares TST, Viegas K. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1): 1499-1505.
210. Schwartz RP. Motivational interviewing (patient-centered counseling) to address childhood obesity. *Pediatr Ann*. 2010; 39 (3): 154-8.
211. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, edits. *Health behavior and health education, theory, research and practice*. 3^a ed. Jossey-Bass: San Francisco, 2002.
212. Echer IC, Corrêa APA, Lucena AF, et al. Prevalência do tabagismo em funcionários de um hospital universitário. *Rev Latinoam Enferm*. 2011; 19(1): 179-86.
213. Prochaska, JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psych*. 1983; 51 (3): 390-5.
214. Oliveira MS, Jaeger A, Schreiner S. Abordagens terapêuticas no tratamento da dependência química. In: Carminha RM, organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p 193-209.
215. Szupszynski KPDR. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias psicoativas ilícitas. [Dissertação]. Porto Alegre: Pontifica Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Curso de Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia, 2006.
216. Szupszynski KPDR, Oliveira MS. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico USF*. 2008; 13(1):31-9.

217. Castro MMLD, Passos SRL. Entrevista Motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Rev Psiq Clín.* 2005; 32 (6): 330-5.
218. Moura MAS, Menezes MFB, Mariano RD, et al. Intervenções de Enfermagem no Controle do Tabagismo: uma Revisão Integrativa. *Rev Bras Cancerologia* 2011; 57(3):41-9.
219. Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
220. Bundy C. Changing behaviour: using motivational interviewing techniques. *J R Soc Med.* 2004; 97 (44); 43-7.
221. Finger IR, Poter JR. Entrevista motivacional no tratamento de sobrepeso/obesidade: uma revisão de literatura. *Rev Bras Ter Cogn.* 2011; 7 (2): 2-7.
222. Miller WR, Rollnick S. Ten Things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother.* 2009; 37 (2): 129-40.
223. Sardinha A. Como se avalia e qual o papel da autoeficácia no tratamento do fumante? In: Araújo AJ (coord). *Manual de condutas e práticas em tabagismo.* Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012. p. 154-6.
224. Miller WR, Sanchez VC. Motivating Young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G, organizador. *Issues in alcohol use and misuse by young adults.* Notre Dame: Univesity of Notre Dame, 1993.
225. Kish L. *Survey Sampling.* New York: John Wiley & Sons, 1965.
226. Bolfarine H, Bussab WO. *Elementos de amostragem.* São Paulo: Edgar Blücher Ltda, 2005.
227. Espinosa MM, Bieski IGC, Martins DTO. Sampling in Ethnobotanical Studies of Medicinal Plants. In: Albuquerque UP, Cruz da Cunha LVF, Lucena RFP, Alves RRN (Org.). *Springer Protocols Handbooks.* New York: Springer New York, 2014. p. 197-212.
228. Silva NN. *Amostragem probabilística: um curso introdutório.* São Paulo: EDUSP; 2001.
229. Fagerström, O. Treatment of nicotine dependence. *Prog Brain Res.* 1989; 79:321-6.
230. Halty LS. Quais são os testes para aferir o grau de dependência de nicotina? In: Araújo AJ, organizador. *Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo.* São Paulo: AC Farmacêutica; 2012. p. 136-8.
231. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978; 3(3-4): 235-41.
232. Healtherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict;* 1991; 86 (9), 1119-27.

233. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerstöm test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *RBM - Rev Bras Med.* 2002; 59 (1): 73-80.
234. Wallace, P, Haines, A. Use of a questionnaire in general practice to increase the recognition of patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J.*1985; 290(6486): 1949-52.
235. Cherpitel, C.J. Screening for alcohol problems in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 1995; 26(2): 158-66.
236. Mayfield D, Mcleod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiat.* 1974; 131: 1121-3.
237. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res.* 1983; 16 (3): 215-8.
238. McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WE. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice.* 1983; 20 (3), 368-75.
239. Carney MM, Kivlahan DR. Motivational subtypes among veterans seeking substance abuse treatment profiles based on stages of change. *Psychol Addict Behav.* 1995; 9(2): 135-42.
240. Velasquez MM, Carbonari JP, DiClemente CC. Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: The Relation of the Transtheoretical Model Variables to Psychiatric Distress in Dually Diagnosed Patients. *Addict Behav.*1999; 24 (4): 481-96.
241. McConaughy EA, DiClemente CC, Prochaska JO, et al. Stages of change in psychotherapy: a follow up report. *Psychotherapy.* 1989; 26 (4): 494-503.
242. Riemsma RP, Pattenden J, Bridle, et al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ.* 2003; 326 (7400):1175-7.
243. Beck AT, Epstein N, Brown G et al. An Inventory for Measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988; 56: 893-7.
244. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
245. George D, Mallery P. *SPSS/PC Step by step: A simple guide and reference.* Belmont, CA: Wadsworth, 1995.
246. Beck AT, Steer RA. *Beck Anxiety Inventory. Manual.* San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1993.

247. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 561-71.
248. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1993.
249. Lipp MEN, Guevara AJH. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. *Estudos de Psicologia*. 1994; 11(3): 43-9.
250. Lipp MEN. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
251. Cardinal Health. Micro Co Meter. Operation Manual; UK. 2008.
252. Cropsey KL, Eldridge GD, Weaver MF, et al. Expired carbon monoxide levels in self-reported smokers and nonsmokers in prison. *Nicotine Tob Res*; 2006; 8(5): 653-9.
253. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer/INCA. Deixando de fumar sem mistérios – Manual do Coordenador. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
254. Collins R, Lincoln R, Frank M. The need for rapporting in pólíce interviews. *Humanities Social Sciences Paper*. 2005.
255. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer/INCA. Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde – Manual do Participante Sessão 1. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
256. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer/INCA. Os primeiros dias sem fumar – Manual do Participante Sessão 2. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
257. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer/INCA. Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar – Manual do Participante Sessão 3. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
258. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer/INCA. Benefícios obtidos após parar de fumar – Manual do Participante Sessão 4. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
259. Peto, R. Influence of dose and duration of smoke in lung cancer rates. In: Zaridze D, Peto R, editors. *Tobacco: a major international health hazard*. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 1986.
260. Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
261. Francisco PMSB, Donalísio MR, Barros MBA, et al. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(3): 347-55.

262. Strauch ES, Pinheiro RT, Silva RA, et al. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43 (4): 647-55
263. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, et al. Prevalence of falls and associated factors in elderly individuals. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46 (1): 1-8.
264. Guerra LDS, Espinosa MM, Bezerra ACD, et al. Insegurança alimentar em domicílios com adolescentes da Amazônia Legal Brasileira: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29 (2): 335-48.
265. Berretini WH, Lerman CE. Pharmacotherapy and pharmacogenetics of nicotine dependence. *The American Journal of Psychiatry*. 2005. 162 (8): 1441-51.
266. Storr CL, Reboussin BA, Anthony JC. The Fagerström test for nicotine dependence: a comparison of standard scoring and latent class analysis approaches. *Drug Alcohol Depend*. 2005; 80(2): 241-50.
267. Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2010; 36(1): 67-74.
268. Barros AJD, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003; 3(21): 1-13.
269. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42 (6): 992-8.
- 2670 Siqueira LS, Tibúrcio JD. Estatística na área da Saúde: Conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional. Belo Horizonte: Coopmed; 2011.
271. Siegel S, Castellan NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2ª ed. Artmed: São Paulo; 2006.
272. Brasil. Diretrizes e normas para a pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. [Acesso em 06 ago 2013]. Disponível em <http://www.bioetica.ufrgs.br/diraber.htm>.
273. Srnt Sub-committee on biochemical verification. Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine Tob Res* 2002; 4(2):149-59.

APÊNDICES

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. Dados Pessoais

1.1 Nome Completo: _____

1.2 Data de Nascimento: _____ 1.3. Idade: _____

1.4 Sexo: () Masculino () Feminino

1.5 Estado Civil: () Solteiro () Casado () Separado

() Divorciado Judicialmente () Viúvo () Comunhão Estável

1.6. Tem filhos? Sim () Não () Quantos ? _____

1.7. Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Adventista ()

Outras _____

1.8. Faz atividade física? () Não () Sim. Caso afirmativo, qual e quantas vezes por semana? _____

1.9 Escolaridade: () Não alfabetizado () Fundamental Completo

() Fundamental Incompleto () Médio Completo () Médio Incompleto

() Superior Completo () Superior Incompleto () Pós-Graduação

1.10 Situação Ocupacional: () Estudante () Do Lar () Autônoma/o () Vínculo empregatício () Concursado () Aposentado () Desempregado

1.11 Quantas pessoas vive com você em sua casa? _____

1.12 Quantas pessoas trabalham em sua casa? _____

1.13 Renda Familiar: _____

1.14 Endereço: _____

1.15 Bairro: _____ 1.16 Telefone Residencial: _____

1.17 Telefone Celular: _____ 1.18 Telefone Parente: _____

2. Status do Tabagismo:

2.1 Há quanto tempo você fuma? _____

2.2 Quantos cigarros você fuma por dia? _____

2.3 Sempre fumou essa quantidade? () Sim () Não. Se não, quantos fumava antes? _

2.4 Qual o motivo principal que o levou a começar a fumar?

	SIM	NÃO
Aceitação no Grupo		
Ansiedade		
Curiosidade		
Imitar amigos		
Influência amigos		
Influência pais		
Stress		
Vontade Própria		

2.5 Tentou parar de fumar anteriormente?(Não (Sim. Se sim, quantas vezes ____

2.6 Nas tentativas anteriores para parar de fumar você conseguiu:

() parar totalmente () diminuir () manteve a mesma quantidade

2.7 Por quanto tempo você conseguiu ficar sem fumar?

Na 1ª tentativa () dias ou meses

Na 2ª tentativa () dias ou meses

Na 3ª tentativa () dias ou meses

2.8 Se você tentou parar de fumar, foi:

() sozinho () com ajuda

Especifique o tipo de ajuda: () parentes () amigos () profissionais área saúde

2.9. Quando tentou parar de fumar surgiram sintomas() Sim () Não () Não lembro

Caso afirmativo, qual(is):

SINTOMAS	SIM	NÃO	SINTOMAS	SIM	NÃO
Ansiedade			Aumento apetite		
Depressão			Desejo fumar/fissura		
Dif. Concentração			Insônia		
Irritação			Mau Humor		
Redução freq. Cardíaca			Sensação frustração		
Sensação raiva			Tremor nas mãos		

2.10 Seu pai fumava ou fuma: () Sim () Não () Não sabe

2.11 Sua mãe fumava ou fuma: () Sim () Não

2.12 Na sua casa, mais alguém além de você fuma: () Sim () Não

Se sim, especifique:

() companheiro () pai () mãe () ambos () parente () amigos

2.13 No seu ambiente de trabalho outras pessoas fumam: () Sim () Não

2.14. Qual das situações abaixo você considera que seja a razão principal para fumar:

	SIM	NÃO
Fumar proporciona prazer		
Fumar ajuda enfrentar tensões		
Fumar ajuda pensar		
Fumar é saboroso		
Fumar emagrece		
Fumar acalma/relaxa		
Fumar é charmoso		
Fumo para ter algo nas mãos		
Fumo para ter companhia		

3. Doenças associadas e medicações em uso:

3.1. Você já fez tratamento psiquiátrico anteriormente? () Não () Sim

3.2. Você já fez tratamento psicológico anteriormente? () Não () Sim

3.3 Há história de transtorno psiquiátrico na família? () Não () Sim. Qual grau parentesco?

_____ Qual transtorno? _____

3.4. Assinale se você teve ou têm algumas destas doenças e/ou sintomas:

SINTOMAS	SIM	NÃO	SINTOMAS	SIM	NÃO
Catarro			Chiado no Peito		
Colesterol alto			Falta de ar		
Hipertensão arterial			Problema cardíaco		
Rouquidão			Tosse crônica		
Lesão ou tumor maligno			Qual parte corpo:		

3.5. Você está fazendo uso de medicação para parar de fumar? () Não () Sim.

Caso afirmativo, assinale qual medicação e tempo de uso:

Bupropiona 150 mg () Sim () Não Início:_____ Término:_____

Nicotina Goma de mascar () Sim () Não Início:_____ Término:_____

Nicotina adesivo transdérmico () Sim () Não Início:_____ Término:_____

Vareniclina 2mg/dia () Sim () Não Início:_____ Término:_____

3.6. Assinale se você teve ou têm algumas destes sintomas depois uso medicação:

SINTOMAS	SIM	SINTOMAS	SIM
Agitação		Agressividade	
Alteração comportamento		Aumento Appetite	
Boca Seca		Diarréia	
Disgeusia (alterações paladar)		Dispepsia (má digestão)	
Distúrbio de Concentração		Dor de Cabeça	
Fadiga		Insônia	
Irritabilidade		Náusea	
Prisão de ventre		Sonolência	
Sudorese		Tontura	
Tremor nas mãos		Vomito	

3.7. Resultados após intervenção:

Início TCC: _____

Parou de fumar: () Não () Sim. Caso afirmativo, quando: _____

Forma de parar: () abrupta () gradual

Caso gradual: () redução () adiamento

Recaída: () Não () Sim . Caso afirmativo, quando:

OBS:

APÊNDICE B – MODELO CERTIFICADO EX-FUMANTE



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MULLER

CERTIFICADO DE EX-FUMANTE

O Programa de Tabagismo do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) certifica o Sr(a) _____ como ex-fumante. O paciente participou do Programa de 10 sessões do Ministério da Saúde ao longo de 1 ano e venceu o desafio de parar de fumar, sendo a partir de agora 1 exemplo de determinação.

Parabéns, você conseguiu!

Cuiabá, __ de _____ de 2013.

Dra. Solange M. Montanha
Médica Pneumologista

Dra. Maritza M. C. Pawlina
Psicóloga

Sirley Lima
RT Tabagismo

Ex-fumante

APÊNDICE C - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE
CESSAÇÃO AO TABAGISMO

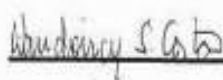


CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO PROGRAMA TABAGISMO

O Programa de Tabagismo do do Centro de Saúde do Campo Velho da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) certifica que o Sr(a) _____ participou do participou do Programa de 10 sessões do Ministério da Saúde ao longo de 1 ano e vem tentando vencer o desafio de parar de fumar.

Parabéns! Continue, você está conseguindo.

Cuiabá, __ de _____ de 2013.



Dra. Wandoircy S. Costa
Médica Pneumologista



Dra. Maritza M. C. Pawlina
Psicóloga



Laucinéia Pereira
RT Tabagismo

Ex-fumante

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa científica “Avaliação do Apoio Psicológico (Terapia Cognitivo-Comportamental) na cessação do Tabagismo” desenvolvida pela psicóloga Maritza Muzzi Cardozo Pawlina, doutoranda em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso, sob a orientação do Professor Doutor Clóvis Botelho.

O nosso objetivo é analisar a efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental no programa de cessação do tabagismo nas unidades de Saúde de Cuiabá/MT.

A sua participação na pesquisa consistirá em responder 7 (sete) instrumentos de fácil preenchimento e cuja aplicação será realizada em 3 momentos distintos: no primeiro encontro, no 6º mês e 12º mês após o término da 4ª sessão na própria unidade de saúde. A posteriori você participará de um grupo terapêutico composto por 10 a 15 participantes com duração de pelo menos 90 minutos com a psicóloga. Este grupo é estruturado em 4 sessões com periodicidade semanal e 6 retornos de acompanhamento agendados 15 dias, 1 mês, 2 meses, 3 meses, 6 meses e 12 meses após as 4 primeiras sessões.

Ressaltamos que não há risco à sua saúde e que você não estará recebendo dinheiro pela sua participação.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão mantidas em total sigilo e segurança. Você será identificado apenas por um código e os resultados da pesquisa serão divulgados no meio científico. Todo o material ficará sob a responsabilidade do pesquisador principal e ao final de 05 anos os questionários serão destruídos.

Informamos que o Sr. (a) pode retirar seu consentimento em participar da pesquisa no momento que quiser, sem que isso prejudique o seu tratamento. Outras informações podem ser obtidas pelo telefone (65) 9981-5009 pesquisadora e (65) 3615-8254, no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller que avaliou e aprovou este projeto.

Declaro que após todos os esclarecimentos apresentados pelo pesquisador, compreendi as etapas da pesquisa e concordo em participar do projeto sem restrições.

Pesquisador: Maritza Muzzi Cardozo Pawlina

Cuiabá, de _____ de 2012.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE E – ARTIGO PUBLICADO JORNAL BRASILEIRO DE
PSIQUIATRIA – ANSIEDADE E BAIXO NÍVEL MOTIVACIONAL ASSOCIADOS AO
FRACASSO NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo

Anxiety and low motivational level associated with the failure in smoking cessation

Maritza Muzzi Cardozo Pawlina¹, Regina de Cássia Rondina², Mariano Martinez Espinosa³, Clóvis Botelho³

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre as características sociodemográficas, *status* do tabagismo, grau de motivação, nível de ansiedade, depressão e de estresse com o fracasso em pacientes de um programa de cessação de tabagismo. **Métodos:** Estudo de corte transversal realizado com pacientes que procuraram os programas de cessação do tabagismo de Cuiabá/MT, Brasil. Todos os fumantes matriculados no início desses programas, durante o período de maio a agosto de 2012, foram convidados a participar deste estudo, totalizando 216 pacientes. Os instrumentos utilizados foram o questionário Perfil Sociodemográfico, Teste de Fagerström (FTND), URICA, Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (LSSI). Os dados foram digitados duplamente em programa Epidata versão 3.1, e para análise dos dados foi utilizado um modelo de regressão de Poisson. **Resultados:** Foram encontradas associações do fracasso terapêutico com as seguintes variáveis: faixa etária jovem (RP = 1,68; IC 95% 1,11-2,56); menor tempo de tabagismo (RP = 1,32; IC 95% 1,09-1,61); maior consumo de cigarros/dia (RP = 1,24; IC 95% 1,01-1,52) e menor grau de motivação (RP = 1,55; IC 95% 1,04-2,30). No modelo final (RPa), ficaram associadas ao fracasso as variáveis: menor tempo de tabagismo (RPa 1,53; IC 95% 1,07-2,32), maior carga tabágica (RPa 1,48; IC 95% 1,12-1,95), baixo nível de motivação (RPa 1,58; IC 95% 1,07-2,32) e alto nível de ansiedade (RPa 1,22; IC 95% 1,01-1,48). **Conclusão:** Baixo nível motivacional (Contemplação e Pré-contemplação), alto nível de ansiedade (moderado/grave), menor tempo de tabagismo e alta carga tabágica estão associados ao fracasso terapêutico.

Palavras-chave

Ansiedade, motivação e tabaco.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between the socio-demographic characteristics, smoking status, the degree of motivation, the degree of anxiety, depression and stress with failure in patients of a smoking cessation program. **Methods:** Cross-sectional study conducted with patients who sought the smoking cessation program in Cuiabá/MT, Brazil. All the smokers enrolled in the initial phase of these programs, from May to August 2012, were invited to participate in this study, totalizing 216 patients. The instruments used were Socio-demographic Profile Questionnaire, Fagerström Test (FTND), URICA, Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI) and Lipp Stress Symptoms Inventory (LSSI). The data

Recebido em
27/1/2014
Aprovado em
26/4/2014

DOI: 10.1590/0047-2085000000014

1 Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.
2 Universidade Estadual Paulista (Unesp), Marília, SP.
3 UFMT.

Endereço para correspondência: Maritza Muzzi Cardozo Pawlina
Rua Santiago, 22, Ed. Royal Princess, Jardim das Américas
78060-628 – Cuiabá, MT, Brasil
E-mail: maritzamuzzi@terra.com.br

Keywords

Anxiety, motivation and tobacco.

were entered twice into Epidata, version 3.1 program and for the data analysis Poisson regression model was used. **Results:** Associations of the therapeutic failure with the following variables were found: young age group (RP = 1,68 IC 95% 1,11-2,56); shorter time of tobacco use (RP = 1,32; IC 95% 1,09-1,61); higher cigarette consumption/day (RP = 1,24; IC 95% 1,01-1,52) and lower level of motivation (RP = 1,55; IC 95% 1,04-2,30). In the final model (RPa), the following variables were associated with failure: shorter time of smoking (RPa 1,53; IC 95% 1,07-2,32), higher smoking burden (RPa 1,48; IC 95% 1,12-1,95), low level of motivation (RPa 1,58 IC 95% 1,07-2,32) and high level of anxiety (RPa 1,22; IC 95% 1,01-1,48). **Conclusion:** Low motivational level (Contemplation and Pre-contemplation), high level of anxiety (moderate/severe), shorter time of tobacco use, high tobacco intake are associated with therapeutic failure.

INTRODUÇÃO

As altas taxas de fracasso nos programas de cessação do tabagismo são preocupações frequentes para os interessados no controle do tabagismo no Brasil e no mundo. Qualificar e quantificar os fatores associados ao fracasso terapêutico dentro de um programa de cessação do tabagismo torna-se importante, pois permitirá identificar e equacionar os fatores dificultadores envolvidos nesse processo, com possibilidades de minimizá-los.

Nos últimos anos a prevalência de fumantes tem diminuído no Brasil; em 1989 era de 34,8% e em 2008 foi de 18,5%¹. Apesar de as políticas públicas terem desempenhado importante papel, essa diminuição se deu mais por conta de diversos fatores: aumento do preço dos cigarros (48,4%), diminuição da propaganda (13,7%), leis de ambiente livre do tabaco (13,6%), programas de cessação (9,8%), imagens divulgadas nos maços de cigarros (7,8%), campanhas divulgadas (6,3%) e restrições ao acesso de jovens (0,4%)².

Sabe-se que existem diferentes perfis de fumantes, cada um deles com maior ou menor dificuldade de abandono da dependência. Muitos deles param de fumar espontaneamente, possivelmente induzidos ou convencidos pelas políticas públicas de combate ao tabagismo. Outros não conseguem parar mesmo usando algum tratamento farmacológico. Estes últimos fazem parte do grupo de fumantes que procuram os programas de cessação públicos ou privados e geralmente são os mais dependentes, possuem maior carga tabágica e com várias tentativas fracassadas de abandono³. Assim, as características dos fumantes que procuram os serviços de saúde são diferentes daquelas da comunidade em geral e muitas delas são pouco conhecidas⁴.

Apesar dos avanços alcançados com o conhecimento do tabagismo e da importância dos programas de cessação, baseados nos consensos das sociedades científicas⁵, nota-se que o tratamento do tabagismo não consegue atingir as taxas de sucesso terapêutico desejadas. As taxas de sucesso após 12 meses são: 25% para a vareniclina, 19,7% para a bupropiona e 18,9% para a terapia de reposição de nicotina (TRN). Essas taxas, comparadas ao efeito placebo, são maiores, porém seu efeito após 12 meses ainda é muito baixo⁶.

Desse modo, o presente estudo tem o objetivo de analisar a associação entre o fracasso na cessação do tabagismo e as características sociodemográficas, o status do tabagismo, o grau de motivação e o nível de ansiedade, depressão e estresse, com o intuito de subsidiar as ações para reavaliar as abordagens para o melhor tratamento do fumante.

MÉTODOS

Estudo de corte transversal realizado com pacientes maiores de 18 anos, que procuraram espontaneamente, ou foram referenciados pela rede de saúde pública, os programas de cessação do tabagismo de quatro unidades de saúde em Cuiabá/MT (Hospital Universitário Júlio Müller, Centro de Saúde do Campo Velho, Policlínica do Coxipó e do Planalto). Todos os fumantes matriculados na fase inicial desses programas, durante o período de maio a agosto de 2012, foram convidados para participar deste estudo, e os que concordaram foram relacionados, tendo suas fichas de pesquisa numeradas sucessivamente, e constituíram a população do presente estudo, totalizando 216 participantes. Todos os participantes deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e utilizaram o mesmo protocolo de tratamento: terapia de reposição de nicotina (TRN) + bupropiona + terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Após receber a medicação do médico-assistente, todos os fumantes realizaram a avaliação inicial com a pesquisadora principal (psicóloga), que orientava quanto ao esquema do tratamento proposto e fazia o agendamento da TCC. Nessa entrevista inicial individual com a psicóloga, os pacientes responderam aos quesitos dos seis instrumentos utilizados:

1. Questionário Perfil Sociodemográfico: Especificamente elaborado para esta pesquisa, foi construído com base no modelo do Inca/MS⁷ e contém duas partes. Parte I – identificação e dados sociodemográficos, com as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, profissão, escolaridade e renda familiar. Parte II – status do tabagismo, com as variáveis: tempo de tabagismo, número de cigarros/dia, idade do início do tabagismo, número de tentativas de abandono.

2. Teste de Fagerström – *Test for Nicotine Dependence* (FTND)⁸: para análise da dependência à nicotina, cujo escore maior que a mediana (≥ 6) foi categorizado como muito dependente e aquele com valor abaixo de 6, como pouco dependente.
3. *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA)⁹: mensura o estágio motivacional para a mudança. Esse instrumento foi validado e padronizado para a população brasileira para drogas ilícitas com transcrição para o tabaco¹⁰. Foi usada a versão reduzida e os resultados apresentados são a Pré-contemplação, a Contemplação, Preparação e a Ação (alfa de Cronbach com valores variando entre 80 e 84 e 74 e 89)^{11,12}. Utilizou-se estudo anterior como referência¹³ para dicotomizar os dados em Pré-contemplação/Contemplação e Preparação/Ação.
4. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)^{14,15}: consiste de uma lista com 21 itens que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e mede a intensidade deles (alfa de Cronbach = 0,92). A pontuação dos sintomas varia entre 0 e 63, e os resultados podem ser: mínimo (0-10), leve (11-19), moderado (20-30) e grave (31-63). Para fins de análise, a amostra foi dicotomizada, estabelecendo que a pontuação de 0 a 19 fosse caracterizada como mínima e/ou leve e a acima de 20 foi considerada como moderada a grave, assim como estudo prévio¹⁶.
5. Inventário de Depressão de Beck (BDI)^{15,17}: consiste em 21 grupos de afirmações para medida da intensidade da depressão (alfa de Cronbach = 0,86 em amostras psiquiátricas e 0,81 em amostras não psiquiátricas). A avaliação do BDI categoriza os participantes em quatro níveis: mínimo, que corresponde à ausência de depressão, com escore variando entre 0 e 11; depressão leve, com escore variando entre 12 e 19; depressão moderada, com escore entre 20 e 35 e depressão grave, com escore entre 36 e 63. Nesta pesquisa, a amostra foi dicotomizada, estabelecendo-se que de 0 a 19 fosse designada como mínima a leve e acima desse ponto foi considerada como moderada a grave¹⁶.
6. Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp (ISSL): questionário validado para o Brasil¹⁸, avalia o nível de estresse do indivíduo e a fase em que ele se encontra (coeficiente alfa de Cronbach = 0,9121). Os resultados foram dicotomizados em: sem estresse (incluindo os fumantes sem estresse e os da fase de alerta, que é o estresse benéfico) e com estresse (fases de resistência, quase-exaustão e exaustão)¹⁸.

Todos os participantes que permaneceram no programa foram acompanhados pelo médico-assistente na fase inicial, 30 dias após o início da medicação e em avaliação mensal até completarem seis meses de terapêutica. Com a psicóloga, após a avaliação inicial com a aplicação dos instrumentos e o esta-

belecimento de *rapport*, todos foram convidados para realização da TCC com sessão em grupo de 10 a 15 participantes uma vez por semana, com duração de 1 hora e meia, uma vez por semana, durante o período de quatro semanas. A seguir, ocorreram mais cinco encontros de acompanhamentos: 15 dias, 30 dias, 60 dias, 90 dias, 180 dias; essa abordagem de tratamento é sugerida pelo Ministério da Saúde¹⁹. Dos 216 pacientes iniciais, 178 compareceram na primeira sessão de TCC (82,40%) e 142 completaram o tratamento até seis meses (65,74%).

Após o preenchimento dos instrumentos, os dados foram conferidos e digitados duplamente em programa Epidata versão 3.1 e posterior análise. No presente estudo, foram analisados os resultados dos instrumentos da avaliação inicial, tendo como variável desfecho o fracasso ou o sucesso na cessação após seis meses de acompanhamento. Foram considerados como fracasso os fumantes que realizaram a consulta médica e a avaliação inicial com a psicóloga, mas não compareceram na primeira sessão de TCC (desistentes), abandonaram o tratamento (abandonos) e não conseguiram a abstenção total do tabagismo (resistentes). Cabe destacar que, embora possam ser considerados como três grupos distintos, eles foram agrupados em um só grupo (fracasso), pois o teste de Qui-quadrado mostrou homogeneidade entre eles, com características semelhantes em relação às variáveis estudadas (sociodemográficas, *status* do tabagismo e psicológicas). Foram considerados como sucesso aqueles fumantes que permaneceram em abstenção do tabagismo, com negativa formal e monoximetria ≤ 6 (considerados não fumantes)²⁰.

Foi realizada a análise bivariada, tendo como referência a razão de prevalência bruta, com o intervalo de confiança de 95% e nível de significância inferior a 5% ($p < 0,05$). As variáveis que demonstraram associações com escores de $p < 0,20$, pelo teste de Qui-quadrado, foram selecionadas para o ajuste do modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta (RPa).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 9 de maio de 2012, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0106612.6.0000.5541 e com parecer do CEP nº 19.548.

RESULTADOS

Na tabela 1 encontram-se os dados descritivos da população estudada e a prevalência do fracasso na cessação, em que se verifica que a taxa de prevalência de fracasso foi de 62,50%.

A tabela 2 mostra a associação entre as variáveis sociodemográficas com o fracasso na cessação. Observa-se que o fracasso na cessação está associado com a menor faixa etária, pois pacientes da faixa etária de 20 a 39 anos de idade, quando comparados com maiores de 60 anos, têm 68% mais risco de fracasso (RP 1,68; IC 95% 1,11-2,56). Não foi encontrada associação com as outras variáveis estudadas: gênero ($p = 0,53$), renda ($p = 0,09$) e escolaridade ($p = 0,75$).

Tabela 1. Frequência e porcentagem dos pacientes por fatores sociodemográficos e taxa fracasso/sucesso, Cuiabá/MT, 2013

Variáveis	Categorias	Frequências	
Gênero	Feminino	141	65,28
	Masculino	75	34,72
Faixa etária	20 – 39 anos	50	23,15
	40 – 59 anos	135	62,50
	60 anos ou mais	31	14,35
Anos de escolaridade	> 8	152	70,37
	≤ 8	64	29,63
Fracasso/sucesso	Fracasso no tratamento	135	62,50
	Sucesso no tratamento	81	37,50

A associação entre *status* do tabagismo e o fracasso na cessação está na tabela 3. As variáveis menor tempo de tabagismo (RP 1,32; IC 95% 1,09-1,61) e maior número de cigarros/dia (RP 1,24; IC 95% 1,01-1,52) mostraram-se associadas ao fracasso na cessação. Por outro lado, idade do início do tabagismo ($p = 0,83$), carga tabágica ($p = 0,12$), número de tentativas de parar de fumar ($p = 0,14$) e teste de Fagerström ($p = 0,18$) não apresentaram associação com o fracasso na cessação.

A análise dos resultados dos questionários de estágio de motivação (URICA), nível de ansiedade (BAI), nível de depressão (BDI) e de estresse (ISSL) estão na tabela 4. Verifica-se que o menor grau de motivação (Pré-contemplação e Contemplação) evidenciou associação ao fracasso na cessação (RPa 1,55; IC 95% 1,04-2,30), e os fumantes que se encontravam nas fases de Pré-contemplação ou de Contemplação tiveram 55% mais chance do fracasso, quando comparados aos das fases Preparação ou de Ação. As outras variáveis estudadas não apresentaram associação estatisticamente significativa com o fracasso na cessação: BAI ($p = 0,058$), BDI ($p = 0,119$) e ISSL ($p = 0,741$).

Na tabela 5 encontra-se o modelo final, análise multivariada de regressão de Poisson robusta (RPa). As seguintes variáveis permaneceram associadas de forma independente ao fracasso na cessação do tabagismo: menor tempo do tabagismo (RPa 1,53; IC 95% 1,07-2,32), maior carga tabágica (RPa 1,48; IC 95% 1,12-1,95), baixo estágio de motivação (RPa 1,58; IC 95% 1,07-2,32) e alto nível de ansiedade (RPa 1,22; IC 95% 1,01-1,48).

DISCUSSÃO

A taxa de fracasso na cessação do tabagismo na população estudada ao final de seis meses de observação foi alta (62,5%). Possivelmente, com o passar do tempo essa taxa será ainda maior, pois existe a tendência de aumentarem as recaídas quanto maior for o tempo de acompanhamento dos pacientes analisados com determinada terapêutica empregada²¹. Outros autores relataram taxas de fracasso semelhantes às aqui encontradas, em torno de 66,6% a 69%, e concluíram que aqueles com dificuldades de adesão ao tratamento e que não pararam de fumar nas primeiras semanas têm mais chances de fracassar²²⁻²⁴.

Diversos fatores dificultadores da cessação devem estar interagindo com esses pacientes estudados. Destaca-se que o baixo estágio de motivação, fases de Pré-contemplação e Contemplação, permaneceu associado ao modelo final ao fracasso na cessação. Sabe-se que a motivação é considerada a pedra angular entre o sucesso e o fracasso dos fumantes em processo de cessação. A motivação pode ser definida como um estado interno consciente ou inconsciente que incentiva o indivíduo para o ato²⁵. Fumantes com baixa motivação têm maiores chances de fracasso quando comparados aos fumantes com alta motivação²⁶.

Tabela 2. Associação entre o fracasso na cessação e os fatores sociodemográficos, Cuiabá/MT, 2013

Variáveis	Categoria	Fumante				RP _i	IC 95%	p
		Fracasso		Sucesso				
		n	%	n	%			
Gênero	Masculino	49	65,33	26	34,67	1,07	[0,87; 1,32]	0,530
	Feminino	86	60,99	55	39,01	1,00		
Faixa etária	20 – 39 anos	38	76,00	12	24,00	1,68	[1,11; 2,56]	0,005
	40 – 59 anos	83	61,48	52	38,52	1,36	[0,90; 2,05]	0,096
	60 anos ou mais	14	45,16	17	54,84	1,00		
Renda	> Mediana (2.000,00)	64	68,82	29	31,18	1,19	[0,97; 1,46]	0,095
	≤ Mediana (2.000,00)	71	57,72	52	42,28	1,00		
Anos de escolaridade	> 8	96	63,16	56	36,84	1,04	[0,82; 1,31]	0,758
	≤ 8	39	60,94	25	39,06	1,00		

RP_i: razão de prevalência bruta. IC 95%: Intervalo de confiança de 95%. p: nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado.

Tabela 3. Associação entre o fracasso na cessação e *status* do tabagismo, Cuiabá/MT, 2013

Variáveis	Categoria	Fumante				RP _a	IC 95%	p
		Fracasso		Sucesso				
		n	%	n	%			
Tempo de fumo	≤ a 20 anos	42	76,36	13	23,64	1,32	[1,09; 1,61]	0,014
	> 20 anos	93	57,76	68	42,24	1,00		
Idade de início	> Mediana (16)	62	63,26	36	36,73	1,02	[0,83; 1,26]	0,832
	≤ Mediana (16)	73	61,86	45	38,14	1,00		
Cigarros por dia	> Mediana (20)	66	70,21	28	29,79	1,24	[1,01; 1,52]	0,040
	≤ Mediana (20)	69	56,56	53	43,44	1,00		
Carga tabágica	≥ 20	106	65,43	56	34,57	1,22	[0,93; 1,60]	0,123
	< 20	29	53,70	25	46,30	1,00		
Tentativas de parar de fumar	Nenhuma	31	72,09	12	27,91	1,20	[0,96; 1,50]	0,147
	Alguma	104	60,12	69	39,88	1,00		
Fagerström	> Mediana (6)	71	66,98	35	33,02	1,15	[0,94; 1,42]	0,182
	≤ Mediana (6)	64	58,18	46	41,82	1,00		

RP_a: razão de prevalência bruta. IC 95%: intervalo de confiança de 95%. p: nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado.

Tabela 4. Associação entre o fracasso na cessação e os resultados do grau de motivação, nível de ansiedade (BAI), nível de depressão (BDI) e de estresse (ISSL), Cuiabá/MT, 2013

Variáveis	Categoria	Fumante				RP _a	IC 95%	p
		Fracasso		Sucesso				
		n	%	n	%			
Grau de motivação	Pré-contemplação/contemplação	120	66,30	61	33,70	1,55	[1,04; 2,30]	0,009
	Preparação/ação	15	42,86	20	57,14	1,00		
BAI	Moderado/grave	61	70,12	26	29,89	1,22	[0,99; 1,50]	0,058
	Mínimo/leve	74	57,36	55	42,36	1,00		
BDI	Moderado/grave	47	70,15	20	29,85	1,19	[0,97; 1,46]	0,119
	Mínimo/leve	88	59,06	61	40,94	1,00		
ISSL	Com estresse	88	63,31	51	36,69	1,04	[0,83; 1,29]	0,741
	Sem estresse	47	61,04	30	38,96	1,00		

RP_a: razão de prevalência bruta. IC 95%: intervalo de confiança de 95%. p: nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado.

Tabela 5. Modelo final, razão de prevalência ajustada por regressão de Poisson Robusta (RP_a), das variáveis associadas ao fracasso na cessação, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e valor de p das variáveis selecionadas pelo método *backward*, Cuiabá-MT, 2013

Variáveis	Categoria	RP _a	IC 95%	Valor p
Tempo de fumo	≤ a 20 anos	1,53	1,07 a 2,32	< 0,001
	> 20 anos	1,00		
Carga tabágica	≥ 20	1,48	1,12 a 1,95	0,005
	< 20	1,00		
Grau de motivação	Pré-contemplação/contemplação	1,58	1,07 a 2,32	0,022
	Preparação/ação	1,00		
BAI	Moderado/grave	1,22	1,01 a 1,48	0,049
	Mínimo/leve	1,00		

RP_a: razão de prevalência ajustada no modelo de regressão de Poisson com seleção de variáveis. Significante ao nível de 5%. IC: Intervalo de confiança.

Os pacientes que estavam na fase de Pré-contemplação neste estudo não demonstravam intenção de mudar e o problema (tabagismo) era negado por eles, bem como na Contemplação, em que os pacientes admitiram o problema, mas tinham dúvidas que enfraqueciam sua motivação²⁷, favorecendo o fracasso do tratamento.

O estado motivacional é um importante fator que reforça a necessidade de trabalhar o comportamento ambivalente evidenciado pelo fumante que simultaneamente procura ajuda, mas não está preparado para a cessação²⁸. Além disso, a baixa motivação em parar de fumar favorece a não permanência dos fumantes nos grupos de TCC, aumentando a chance de fracasso na cessação. Na verdade, essa baixa motivação corrobora a não adesão do fumante ao planejamento terapêutico proposto e, conseqüentemente, possibilita que esses fumantes não alcancem o desfecho de sucesso na cessação. Assim, torna-se imprescindível a avaliação do estágio de motivação em que o paciente se encontra no momento da primeira consulta, orientando-o ou fazendo o reforço motivacional, caso seja necessário. Preparar esses pacientes e fazer com que consigam mudar de estágio motivacional é um passo essencial para a diminuição da taxa de fracasso terapêutico²⁸.

Reforçando essa análise, os resultados deste estudo mostram que parte dos fumantes (17,60%) que procuraram os programas de cessação do tabagismo em Cuiabá não compareceu nem na primeira sessão da TCC e outros abandonaram o programa de cessação (20,23%) antes do término do planejado, mostrando que possivelmente não estavam preparados e/ou motivados. Nesse sentido, poderia ser mais proveitoso que os pacientes nessas fases de baixa motivação recebessem reforços motivacionais antes da terapêutica recomendada pelos consensos (medicamentos + TCC).

Várias formas de reforços motivacionais existem, a começar pela Técnica de Entrevista Motivacional (EM)²⁹, que é um método centrado no paciente e consiste em ajudá-lo a reconhecer seus problemas atuais, bem como a trabalhar a ambivalência diante da mudança comportamental, de forma a tentar estimular o comprometimento para a realização dessa mudança por meio de abordagem psicoterápica persuasiva. Com essa técnica usada no início do tratamento e seguida da TCC, é possível realizar intervenções adequadas objetivando fazer com que o fumante visualize a importância da adesão ao tratamento na cessação do tabagismo³⁰.

São cinco princípios fundamentais para serem trabalhados na entrevista motivacional, de forma a ajudar o paciente. Em primeiro lugar, usar de empatia, que é a habilidade da escuta ativa, demonstrando ao paciente que o terapeuta o aceita como ele é e está naquele local para ajudá-lo a lidar com a sua ambivalência. Em segundo lugar, desenvolver a discrepância, que significa trabalhar com o paciente evidenciando que simultaneamente ao fato de ele procurar ajuda,

ainda não se encontra preparado para realizar as mudanças, demonstrando o percurso existente entre como o paciente está no momento até onde ele quer chegar. Em seqüência, evitar argumentação, de forma a não permitir o aumento da resistência do paciente ao tratamento. *A posteriori*, aprender a lidar com a resistência, que é estimular o fumante a perceber que deve buscar soluções para o seu problema sem fazer oposição direta, sabendo reconhecer o seu momento. Finalmente a autoeficácia, que diz respeito à percepção que o indivíduo tem da sua capacidade de conseguir alcançar os seus objetivos quando buscou o tratamento. A percepção que a pessoa tem sobre si mesma nesse aspecto poderá ser altamente motivadora²⁹.

Sendo assim, a motivação pode ser entendida, numa visão abrangente, não como algo que a pessoa "tem ou não tem", mas como algo que o paciente pode fazer, existindo várias maneiras de ajudá-lo a se mover em direção ao reconhecimento do seu problema e a propor uma ação para a mudança³¹.

Dessa forma, sabendo que o menor grau de motivação está associado ao fracasso terapêutico, cabe aos profissionais de saúde mostrar receptividade e abertura para aceitar no Programa os pacientes ambivalentes e/ou resistentes ao tratamento, mostrando empatia e flexibilidade, bem como que saberá respeitar os desejos do fumante em relações às suas mudanças comportamentais, visando à maior eficácia no tratamento. Assim, torna-se imperioso conhecer o estágio motivacional do fumante para poder trabalhar as intervenções terapêuticas individuais, e as escalas de motivação têm ajudado na identificação desse estágio, auxiliando o profissional de saúde na escolha do tratamento mais eficaz³².

Outro resultado importante encontrado foi a associação entre o fracasso na cessação com o menor tempo de tabagismo, que permaneceu significativo no modelo final de análise. O esperado era que os fumantes mais idosos e com maior tempo de tabagismo tivessem mais dificuldades na cessação, seja pelo seu temor de fracasso, seja pela dificuldade de se imaginar sem o cigarro, coadunando com alguns estudos^{33,34}. Esse dado, aparentemente paradoxal, pode ter uma explicação plausível. Talvez ao fumar por pouco tempo, o tabagista ainda não tenha sentido os efeitos nocivos do cigarro à sua saúde e não valorize a importância de parar de fumar, diferentemente dos mais idosos que têm maior preocupação com a sua saúde, fator associado a maior abstinência conforme outras pesquisas. Ou talvez lhe falte maturidade e a consciência de que, independentemente do tempo de fumo, o cigarro pode trazer riscos à sua saúde^{35,36}.

Por outro lado, a maior carga tabágica mostrou-se associada ao fracasso na cessação. Possivelmente, esses fumantes com maior carga tabágica são os mais dependentes e sentem mais os efeitos da síndrome de abstinência, que está diretamente relacionada com o fracasso nas tentativas

de cessação do tabagismo. Os consumidores de 20 ou mais cigarros/dia geralmente são passíveis de fortes sintomas de abstinência. Quanto maior for a intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes durante a abstinência, maiores serão as chances de fracasso no processo de cessação, com ou sem tratamento específico³⁷.

As características de personalidade do fumante ou algumas doenças psiquiátricas, como a ansiedade e a depressão, são fatores relacionados ao fracasso na cessação do tabagismo³⁸. A ansiedade é a doença com maior frequência na psiquiatria (25% da população durante a vida), podendo ser definida como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, sendo necessária e motivadora do desempenho³⁹. A linha que separa a ansiedade saudável da patológica é muito tênue. Sendo assim, a questão é quando esta passa a ser patológica, com sensações de medo sem ameaça real ou sendo desproporcional à situação que a originou⁴⁰.

Os resultados encontrados neste estudo não mostraram associação do fracasso terapêutico com a depressão, como era o esperado. Todavia, o alto nível de ansiedade, moderado e/ou grave, manteve-se associado com o fracasso na cessação no modelo final de análise. Outros autores também relataram que as desordens de ansiedade encontradas nos fumantes em processo de cessação estão associadas ao fracasso^{41,42}.

A ansiedade parece ser mais fortemente associada com tabagismo que com a depressão e, entre os fumantes, a prevalência dessas características é maior que na população em geral⁴³. Indivíduos com ansiedade e depressão têm menos probabilidades de deixar de fumar ao final do tratamento, pois são os que apresentam maior grau de dependência⁴⁴. Em muitos fumantes a nicotina reduz os sintomas da ansiedade ou da depressão e, ao agir como uma automedicação, perpetua o estado de ambivalência típica da dependência, o que dificulta ainda mais a cessação do tabagismo⁴⁵.

Finalizando, este estudo apresentou algumas limitações. O Inventário de Ansiedade de Beck não consegue delimitar as nuances dessa variável. Foi possível identificar e confirmar a presença de ansiedade e a associação dela com tabagismo, mas não identificar qual transtorno ansioso o paciente apresenta. Outro fator limitante foi a impossibilidade de analisar os pacientes que abandonaram o programa antes do término do acompanhamento preconizado para este estudo.

CONCLUSÃO

Com os resultados analisados, pode-se concluir que o baixo nível motivacional, o menor tempo de tabagismo, a maior carga tabágica e o alto nível de ansiedade estão associados ao fracasso na cessação. Conhecer esses fatores, especialmente os psicológicos, é importante no planejamento das

ações dentro de um programa de cessação do tabagismo. Novas rotinas devem ser incorporadas ao tratamento do tabagista nas instituições de saúde, tais como avaliação formal com o uso de instrumentos de escala motivacional; e, dependendo do resultado, deve-se estabelecer uma aliança terapêutica e utilizar a técnica de entrevista motivacional, que possibilita maior adesão ao tratamento. Além disso, com os pacientes muito ansiosos ou portadores de outros distúrbios psiquiátricos, deve-se garantir a participação de um psicólogo e um psiquiatra para atendimento desses fumantes, formando, assim, uma verdadeira equipe multiprofissional.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Os autores deste manuscrito preencheram todos os requisitos mínimos necessários, que são ter contribuído significativamente na concepção e desenho do estudo, ou na análise e interpretação dos dados, ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e ter aprovado sua versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse a serem declarados.

REFERÊNCIAS

1. Szklo AS, de Almeida LM, Figueiredo VC, Autran M, Malta D, Cateta R, et al. A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. *Prev Med*. 2012;54(2):162-7.
2. Levy D, Almeida LM, Szklo A. The Brazil SinSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. *PLoS Med*. 2012;9(11):1-12.
3. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FSS, Jardim JR. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2008;34(9):695-701.
4. Szklo AS, Otero UB. Perfil dos fumantes que não buscam tratamento para deixar de fumar, município do Rio de Janeiro. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):339-42.
5. Reichert J, Araújo AI, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*. 2008;34(10):845-80.
6. Mark JE, Filton KB, Yavin D, Belsis P, Mottillo S, Joseph L, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ*. 2008;179(2):135-44.
7. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer (INCA). Abordagem e tratamento do fumante: consenso. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001.
8. Fagerström O. Treatment of nicotine dependence. *Prog Brain Res*. 1989;79:321-6.
9. McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WE. Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychother Theor Res Pract Train*. 1983;20(3):368-75.
10. Szpurszynski K. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias psicoativas ilícitas. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.
11. Carney MM, Kivlahan DR. Motivational subtypes among veterans seeking substance abuse treatment profiles based on stages of change. *Psychol Addict Behav*. 1995;9(2):135-42.

12. Velasquez MM, Carbonari JP, DiClemente CC. Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: the relation of the transtheoretical model variables to psychiatric distress in dually diagnosed patients. *Addict Behav.* 1999;24(4):481-96.
13. Calheiros PRV, Oliveira MS, Calheiros LB, Silva K. Fatores associados a recaída em tabagistas sob tratamento psicoterápico. *Rev Cient Facimed.* 2009;1(1).
14. Beck AT, Epstein N, Brown G, Esteer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56:893-7.
15. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
16. Bortoluzzi MC, Kehrig RT, Loguercio AD, Traebert JL. Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaquima, RS). *Cienc Saúde Coletiva.* 2011;16(3):1853-9.
17. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:53-63.
18. Lipp MN. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
19. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer (INCA). Deixando de Fumar sem Mistérios – Manual do Coordenador. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
20. Cardinal Health. Micro Co Meter. Operation Manual, UK; 2008.
21. West R, Sohal T. "Catastrophic" pathways to smoking cessation: findings from national survey. *Brit Med J.* 2006;332(7539):458-60.
22. Nerin I, Novella P, Cruzelaegui A, Guillén D. Factores predictores de êxito a los 6 meses em fumadores tratados em una Unidad de Tabaquismo. *Arch Bronconeumol.* 2004;40(12):558-62.
23. Azevedo RCS, Fernandes RF. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. *São Paulo Med J.* 2011;129(6):380-6.
24. Otero UB, Perez CA, Szkló M, Esteves GA, Pinho MM, Szkló AS, et al. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2006;22(2):439-49.
25. Czernecki V, Pillon B, Houeto J, Pochon JB, Levy R, Dubois B. Motivation, reward, and Parkinson's disease: influence of dopatherapy. *Neuropsychologia.* 2002;40:2257-67.
26. Dórea AJ, Botelho C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2004;30(2):41-6.
27. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviour. *Am Psychol.* 1992;47(9):1102-14.
28. Russo AC, Azevedo RCS. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *J Bras Pneumol.* 2010;36(5):603-11.
29. Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
30. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother.* 2009;37(2):129-40.
31. Oliveira MS, Jaeger A, Schreiner S. Abordagens terapêuticas no tratamento da dependência química. In: Carminha RM, organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 193-209.
32. Castro MMLD, Passos SRL. Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Rev Psiq Clin.* 2005;32(6):330-5.
33. Ismael SMC. Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Curso de Medicina. Departamento de Ciências; 2007.
34. Martins KC, Seidl EMF. Mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. *Psicol Teor Pesq.* 2011;27(1):55-64.
35. Issa JS, Perez GH, Diamant J, Zavattieri AG, Oliveira KU. Efetividade da bupropiona no tratamento de pacientes tabagistas com doença cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(4):434-40.
36. Karen SKK, Oliveira ML, Pádua AJ, Vieira F, Martinez JAB. Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2012;45(3):337-42.
37. Kirchenhejrn C, Chatkin JM. Dependência da nicotina. In: Viegas CAA, coordenador. *Di-retizes para a cessação do tabagismo.* J Bras Pneumol. 2004;30(2):11-8.
38. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas com o tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2007;33(5):592-601.
39. Gigliotti AP, Lemos T. Quais as características das comorbidades psiquiátricas e do tabagismo: depressão, ansiedade e esquizofrenia? In: Araújo AJ, organizador. *Manual de condutas e práticas em tabagismo.* São Paulo: AC Farmacêutica; 2012. p. 274-8.
40. Andrade LHS, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev Psiq Clin.* 1998;25(6):285-90.
41. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA.* 2000;284:2606-10.
42. Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação Psicol.* 2006;10(01):91-9.
43. Piper ME, Cook JW, Schlam TR, Jorenby DE, Baker TB. Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment. *Addiction.* 2010;106(2):418-27.
44. Urdapilleta-Herrera EC, Sansores RH, Ramirez-Venegas A, Mendéz-Guerra M, Lara-Rivas AG, Guzmán-Barragán SA, et al. Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud Pública Méx.* 2010;52(2):120-7.
45. Haro R, Drucker-Colin R. Effects of long-term administration of nicotine and fluoxetine on sleep in depressed patients. *Arch Med Res.* 2004;35(6):499-506.

APÊNDICE F – ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA DE PSIQUIATRIA
CLÍNICA – NICOTINE DEPENDENCE AND LEVELS OF DEPRESSION AND
ANXIETY IN SMOKERS IN THE PROCESS OF SMOKING CESSATION.

Original article

Nicotine dependence and levels of depression and anxiety in smokers in the process of smoking cessation

Dependência nicotínica e níveis de depressão e ansiedade em fumantes em processo de cessação

MARITZA MUZZI CARDOZO PAWLINA¹, REGINA DE CÁSSIA RONDINA², MARIANO MARTINEZ ESPINOSA³, CLÓVIS BOTELHO³¹ State Department of Health of Mato Grosso (SES/MT) and Federal University of Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brazil.² São Paulo State University, São Paulo, SP, Brazil.³ Federal University of Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brazil.

Received: 12/19/2013 – Accepted: 6/27/2014

Abstract

Background: Depression and anxiety are related to smoking in terms of being associated with the addiction itself, the cessation process, as well as lapses and relapses after quitting. **Objective:** To analyze the association of nicotine dependence with the level of anxiety and depression in patients who are in the process of smoking cessation. **Methods:** Cross-sectional study conducted with patients who sought the smoking cessation program in Cuiabá/MT. All the smokers enrolled from May to August 2012, participated in this study. Four instruments were applied: Socio-demographic Questionnaire, Fagerström test, Beck Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory. Following bivariate analysis, using the crude prevalence ratio, with level of significance lower than 5% ($p < 0,05$), having as variable outcome the nicotine dependence ≥ 5 (Fagerström). The associations with $p < 0,20$ were selected for robust Multiple Poisson Regression (RP_a). **Results:** Associations of Fagerström ≥ 5 with the male sex (RP = 1,15 CI 95% 1,03-1,28); number of cigarettes/day (RP = 1,33; CI 95% 1,19-1,48); and moderate/severe level of depression (RP = 1,15; CI 95% 1,04-1,28) were found. In the final model (RP_a), the following variables remained associated: male gender (RP_a 1,12; CI 95% 1,01-1,24), number of cigarettes/day (RP_a 1,28; CI 95% 1,15-1,43) and high level of depression (RP_a 1,12; CI 95% 1,01-1,23). **Discussion:** High level of nicotine dependence was associated significantly with the level of depression, emphasizing the association between smoking and psychiatric comorbidities.

Pawlina MMC, et al. / Rev Psiq Clín. 2014;41(4):100-4

Keywords: Smoking, Fagerström, nicotine dependence, anxiety, depression.

Resumo

Contexto: Depressão e ansiedade estão relacionadas ao tabagismo, em termos de se associarem com a dependência, o processo de cessação, os lapsos e recaídas após parar de fumar. **Objetivo:** Analisar a associação da dependência da nicotina com o nível de ansiedade e depressão de pacientes em cessação do tabagismo. **Métodos:** Estudo transversal realizado com pacientes dos programas de cessação do tabagismo de Cuiabá/MT. Todos os fumantes matriculados, durante o período de maio a agosto de 2012, participaram deste estudo. Foram aplicados quatro instrumentos: Questionário sociodemográfico, teste de Fagerström, Inventário de Ansiedade de Beck e Inventário de Depressão de Beck. Feita análise bivariada, razão de prevalência bruta, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$), tendo como variável desfecho a dependência nicotínica ≥ 5 (Fagerström). As associações com $p < 0,20$ foram selecionadas para a Regressão de Poisson Múltipla robusta (RP_a). **Resultados:** Foram encontradas associações do Fagerström ≥ 5 com sexo masculino (RP = 1,15 IC 95% 1,03-1,28); quantidade de cigarros fumados/dia (RP = 1,33; IC 95% 1,19-1,48); e nível de depressão moderado/grave (RP = 1,15; IC 95% 1,04-1,28). No modelo final (RP_a), permaneceram associadas as variáveis: sexo masculino (RP_a 1,12; IC 95% 1,01-1,24), número de cigarros/dia (RP_a 1,28; IC 95% 1,15-1,43) e alto nível de depressão (RP_a 1,12; IC 95% 1,01-1,23). **Conclusão:** Alta dependência de nicotina foi associada significativamente ao nível de depressão, evidenciando a associação entre tabagismo e comorbidades psiquiátricas.

Pawlina MMC, et al. / Rev Psiq Clín. 2014;41(4):100-4

Palavras-chave: Tabagismo, Fagerström, dependência nicotínica, ansiedade, depressão.

Introduction

Smoking, besides being a known risk factor for several diseases, is itself a disease. Mostly, the beginning of this disease is explained by nicotine dependence that most of the smokers have, being related to the genetics of the individual, environmental factors and the number of cigarettes smoked/time spent smoking (smoking burden)^{1,2}. The clinical expression of this dependence occurs when the smoker quits smoking and presents a large variety of characteristic symptoms (craving, tremors, sweating, agitation, lack of concentration etc.), emphasizing the intense desire to smoke again, which most of the time becomes compulsive and uncontrollable (craving)^{2,3}.

The evaluation of the nicotine dependence becomes indispensable for the smokers in the cessation process, because among the factors that make this process even more difficult, the degree of dependence is determinant, both in the decision-making to quit the cigarette and to continue without it^{2,4,5}. The Fagerström test is the most known evaluation tool and when the smoker reaches five

or more points in this test he/she is classified as being on a medium, high or very high dependence level. The smoker being considered as a heavy smoker has the biggest chances of failure¹. Moreover, there is a need for medication due to the degree of physical dependence on nicotine, which demands drug intervention and/or the behavioral cognitive therapy (BCT), in order to ensure less individual suffering and improve the chances of success. The remission rate without intervention is very high in this kind of smoker^{2,3}.

The relation between depression and anxiety with smoking has been reported in literature, with these variables associated both with the addiction itself, regarding the limiting factors in the cessation process, as well as facilitators of lapses and relapses after quitting smoking with or without pharmacological treatment or psychological support with the TCC⁶.

Concerning depression, there are several hypotheses about the nature of this association. Smoking could act as "self-medication" of feelings of sadness or negative mood. There is evidence that the use of nicotine interferes with the neurochemical systems and fosters

the neural circuits of the central nervous system, such as reinforcement mechanisms associated with mood regulator⁷. There is also the hypothesis that, more than a unidirectional relation, smoking and depression can influence each other reciprocally. Depressed smokers can smoke to alleviate their negative feelings and, therefore, smoking for these individuals becomes reinforcing. Another explanatory theory that has been gaining more adeptness is that a series of common variables (such as genetic and psychosocial factors), contribute for the expression of both (smoking and depression)⁸. In the smokers with depressive symptoms in the cessation process, it is known that the probability of smoking abandonment is reduced, with higher risk of relapse during the withdrawal period, compared to the smoker without the same history⁹. Furthermore, this smoker runs the risk of developing more significant depressive episodes, often requiring specific treatment or even specialized help in the treatment of psychiatric diseases⁹.

In relation to anxiety, it is known that anxious people are more likely to start smoking and also to become tobacco dependent¹⁰. To some extent, this is explained by the effect of nicotine in the brain circuits when anxiety is reduced, euphoria is produced and other sensations perceived as pleasant by the smoker¹¹. Mood changes are noticed when the smoker is in the withdrawal process, because that apparent balance is lost, turning him into an agitated, impatient and lacking the necessary concentration for his daily activities¹². Thus, smokers diagnosed with anxiety tend to have lower probabilities of withdrawal in the long term, compared to those without diagnoses of anxiety, who need to be monitored throughout the cessation process¹³.

This study has been designed taking into account the knowledge about the relation between smoking and psychological and/or psychiatric disorders in smokers in the process of cessation. The main aim is to analyze the relation between the nicotine dependence level and the levels of depression and anxiety, aiming to support and optimize the action planning of the cessation programs.

Methods

This is a descriptive and cross-sectional study with evaluation of 216 patients enrolled in the Tobacco Control Program within the public sector from May to August 2012. These patients were from the four Health Units of Cuiabá/MT-Brazil (Júlio Müller University Hospital, Coxipó Polyclinic, Planalto Polyclinic and Campo Velho Health Center), which provided treatment through the Brazilian Health Care System (SUS) to patients with tobacco dependence.

All the smokers enrolled in the program during the period of study were invited to participate in this study. Participants used the same treatment protocol: Nicotine Replacement Therapy (NRT) + bupropion + cognitive behavioral therapy (CBT). After receiving the medication from the assistant physician all smokers went through the initial assessment (T0) with the main researcher (psychologist) who oriented them about the proposed treatment and scheduled the TCC. After clarification of the objective proposed and the signing of the Free and Informed Consent the following tools for data collection were applied:

1. **Socio-demographic profile questionnaire:** Prepared by researchers for this study and divided into two parts. Part I – Identification and socio-demographic data: gender, age, school level, marital status, income and occupation/profession. Part II – Smoking status: how long he/she has been smoking, number of cigarettes/day, age at which the person started to smoke and smoking burden (cutoff point 20 years-package). In the results of smoking status, the parameters used to categorize the variables were the median, except in the smoking burden where it was considered a higher dependence for being above 20¹⁴.
2. **Fagerström test (FTND):** Self-administered questionnaire which contains 6 items and that shows the individual's degree of dependence in relation to nicotine in the levels: very low (0 to 2 points), low (3 to 4 points), moderate (5 points), high

(6 to 7 points) and very high (8 to 10 points)¹⁵. For statistical analysis of the results, the smokers with results ≥ 5 were classified as highly dependent and the value below 5 as mildly dependent^{14,16}.

3. **Beck Anxiety Inventory (BAI):** A scale that was developed in order to measure anxiety both in psychiatric patients and in the general population and consists of a list with 21 common symptoms of anxiety, where the patient indicates how he had been feeling in the previous week, up to the current day. For this study the results were classified in minimal/mild and moderate/severe¹⁶.
4. **Beck Depression Inventory (BDI):** This inventory also consists of 21 groups of statements, where the patient indicates how he/she had been feeling the preceding week. The evaluation of the BDI classifies the participants within four levels: minimal, which suggests absence of depression, mild, moderate and severe depression. Here the results were classified in minimal/mild and moderate/severe as well¹⁷.

Later, the data were entered in an Epidata software version 3.1, and analyzed by the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 17.0. Next, a bivariate analysis was carried out, using the crude prevalence ratio with its respective intervals of confidence of 95% (CI 95%) and level of significance less than 5% ($p < 0,05$). The variables with levels of significance inferior to 20% ($p < 0,20$), by the chi-square test, were listed to be tested in the Multiple Poisson Regression Model with strong variance (RP_s), remaining in the final model the variables which presented a p value lower than 5% ($p < 0,05$). Poisson model was chosen for being the alternative used in the epidemiological literature which estimates the relative risk in a cross-sectional study, using the prevalence ratio¹⁸.

The dependent variable (outcome) corresponded to the FTND ≥ 5 . The independent variables were based on three hierarchical levels for determining the variables related to the outcomes which are proximal (anxiety and depression, smoking history and cigarettes per day). Variables representing status of smoking as age of onset, attempts to quit smoking, length of smoking and gender can be considered intermediate. The more distal factors refer to other socio-demographic data such as income, occupation, age and years at school.

This research, with Certificate of Submission for Ethical Review (CAAE n° 0106612.6.0000.5541), was approved on May 9th 2012 by the Research Ethics Committee (CEP) of Júlio Müller University Hospital under CEP's Approval n° 19548.

Results

Table 1 shows the association between the level of nicotine dependence and the socio-demographic factors. It is possible to observe that high nicotine dependence (Fagerström ≥ 5) is associated with the male gender (RP 1,15; CI 95% 1,03-1,28). There was no association with the other factors studied: age group ($p = 0,615$), income ($p = 0,892$), education ($p = 0,976$) and occupation ($p = 0,923$).

The association between the level of nicotine dependence and the smoking status is in table 2. High nicotine dependence is associated with the highest number of cigarettes smoked per day (RP 1,33; CI 95% 1,19-1,48) and tobacco intake ≥ 20 (RP 1,35; CI 95% 1,11-1,64). There was no association between high dependence and length of smoking habit ($p = 0,315$), age at which he/she started smoking ($p = 0,829$) or number of attempts to quit smoking ($p = 0,564$).

The results of the instruments used to evaluate the level of anxiety (BAI) or depression (BDI) are in table 3. It is worth noting that high nicotine dependence is associated with the highest level of depression (RP 1,15; CI 95% 1,04-1,28), unlike the anxiety level that was not statistically significant ($p = 0,619$).

In table 4 the final model of the multivariate analysis of the Crude Poisson Regression (RPa) is presented. The following variables remained associated with the high nicotine dependence (Fagerström ≥ 5): male gender (RPa 1,12; CI 95% 1,01-1,24), higher number of cigarettes smoked per day (RPa 1,28; CI 95% 1,15-1,43), and higher level of depression (RPa 1,12; CI 95% 1,01-1,23).

Table 1. Results of the bivariate analysis of the association between nicotine dependence and socio-demographic factors, Cuiabá-MT, Brazil

Variables	Category	Fagerström				RP _c	CI 95%	p
		≥ 5		Until 4				
		n	%	n	%			
Gender	Male	69	92.00	6	8.00	1.15	(1.03; 1.28)	0.023
	Female	113	80.14	28	19.86	1.00	-	-
Age	20-39 years	41	82.00	9	18.00	1.06	(0.84; 1.33)	0.615
	40-59 years	117	86.67	18	13.33	1.12	(0.92; 1.37)	0.262F
	60 years or more	24	77.42	7	22.58	1.00	-	-
Income	> Median (2.000)	78	83.87	15	16.13	0.99	(0.88; 1.12)	0.892
	≤ Median (2.000)	104	84.55	19	15.45	1.00	-	-
Years of school	> 8	128	84.21	24	15.79	1.00	(0.88; 1.13)	0.976
	≤ 8	54	84.38	10	15.62	1.00	-	-
Occupation	Don't work	68	83.95	13	16.05	0.99	(0.88; 1.12)	0.923
	Work	114	84.44	21	15.56	1.00	-	-

RP_c: Crude Prevalence Ratio; CI 95%: confidence interval of 95%; p: Level of significance considering the distribution of the chi-square test.

Table 2. Results of the bivariate analysis of the association between nicotine dependence and smoking status, Cuiabá-MT

Variables	Categories	Fagerström				RP _c	CI 95%	p
		≥ 5		Until 4				
		n	%	N	%			
Duration of smoking habit	≤ 20 years	44	80.00	11	20.00	0.93	(0.81; 1.08)	0.315
	> 20 years	138	85.71	23	14.29	1.00	-	-
Age of beginning tobacco use	> Median (16)	82	83.67	16	16.33	0.99	(0.88; 1.11)	0.829
	≤ Median (16)	100	84.75	18	15.25	1.00	-	-
Cigarettes per day	> Median (20)	92	97.87	2	2.13	1.33	(1.19; 1.48)	< 0.001
	≤ Median (20)	90	73.77	32	26.23	1.00	-	-
Tobacco intake	≥ 20	146	90.12	16	9.88	1.35	(1.11; 1.64)	< 0.001
	< 20	36	66.67	18	33.33	1.00	-	-
Attempts to quit smoking	None	35	81.40	8	18.60	0.96	(0.82; 1.12)	0.564
	Some	147	84.97	26	15.03	1.00	-	-

RP_c: Crude Prevalence Ratio; CI 95%: confidence interval of 95%; p: level of significance considering the distribution of the chi-square test.

Table 3. Results of the bivariate analysis of the association between nicotine dependence and the instruments of psychological evaluation Cuiabá-MT, Brazil

Variables	Category	Fagerström				RP _c	CI 95%	p
		≥ 5		Until 4				
		N	%	n	%			
BAI	Moderate/severe	72	82.76	15	17.24	0.97	(0.86; 1.09)	0.619
	Minimal/mild	110	85.27	19	14.73	1.00	-	-
BDI	Moderate/severe	62	92.54	5	7.46	1.15	(1.04; 1.28)	0.025
	Minimal/mild	120	80.54	29	19.46	1.00	-	-

RP_c: Crude Prevalence ratio; CI 95%: confidence interval of 95%; p: level of significance considering the distribution of the chi-square test.

Table 4. Adjusted Prevalence Ratio Poisson Crude Regression RP_a, of the variables associated with Fagerström ≥ 5 (in 216 patients, with their respective interval of confidence (IC) of 95% and the p value of the variables selected by the backward method, Cuiabá-MT, Brazil

Variables	Categories	RP _a	CI 95%	P Value
Sex	Male	1.12	1.01 – 1.24	0.029
	Female	1.00	-	-
Cigarettes per day	> Median (20)	1.28	1.15 – 1.43	< 0.001
	≤ Median (20)	1.00	-	-
BDI	Moderate/severe	1.12	1.01 – 1.23	0.031
	Minimal/mild	1.00	-	-

RP_a: prevalence ratio adjusted in the poisson regression model with selection of variables; CI: confidence interval.

Discussion

The results of this study demonstrate the influence of the relationship between smoking and depression. They show the association between the level of nicotine dependence, measured by the Fagerström test, and higher level of depression recorded by validated instrument to define the levels of depressive symptoms (BDI). These data are consistent with literature, where high level of addiction by the Fagerström test was associated with severe depressive symptoms^{19,20}.

It is known that the highest level of nicotine dependence is a determining factor for the success of smoking cessation and that several characteristics of the smokers are interrelated¹⁹. In this study, regarding the socio-demographic data, the male gender was the variable associated with high nicotine dependence, both for the bivariate analysis and the final regression model used. This result is consistent with some researches which show that being male was one of the variables considered as predictor of higher dependence, with men presenting higher dependence than women²¹. However, other studies show different results which report that the gender has not been associated with the level of dependence evaluated by the Fagerström test²².

A higher number of cigarettes smoked per day and high tobacco intake were also variables which were associated with high nicotine dependence. This result was expected, since there are numerous studies which show that the higher the daily consumption of cigarettes and tobacco intake, the higher is the nicotine dependence level^{19,21}. The explanation for that is: people who smoke more than 20 cigarettes a day are usually nicotine-dependent and subject to strong withdrawal symptoms²³. The nicotine-dependent smoker has a strong desire or sense of compulsion to consume the substance, difficulty in controlling the behavior of consuming the substance in terms of its initiation, ending or levels of consumption, a state of physiological withdrawal when the use of the substance has ceased or been reduced, which characterizes the withdrawal syndrome²⁴.

In relation to the levels of depression and anxiety and the association with higher levels of nicotine dependence the results found here show that only depression can be associated, which confirms many of the literature reports¹⁹. On the other hand, these data differ from researches that find no association between nicotine dependence and depression in the male gender²⁵, as well as non-association between severity of smoking and depression among male or female smokers²².

The depressive symptoms are heterogeneous and include sadness, anhedonia (inability to experience pleasure), problems of concentration, changes in appetite or weight, sleep disorder, excessive guilt and others²⁴. The depressive symptomatology is higher in smokers with high level of addiction, as well as those who have a history of higher cumulative consumption of cigarettes. Other reports show that tobacco is associated with psychiatric morbidity and moderate to severe depression^{19,26} and that nicotine seems to be a form of self-medication, taking into account that it can change the mood and alleviate the depressive symptoms. In relation to this last hypothesis (self-medication), the authors report that smoking can fight the symptoms of discouragement and sadness which are typical of depression, however this fact leads the smoker to consume a higher quantity of cigarettes per day and that it can potentially increase nicotine dependence¹². Moreover, smoking and depression can influence each other. Some smokers try to find relief from negative and undesirable feelings in the cigarettes and, thus, tobacco for these people can be a positive reinforcer²⁷. The relationship between smoking and depression has not been investigated yet to determine the real meaning of cause-effect between tobacco and depression, as well as the adequate treatment²⁸.

In this study anxiety has not been associated with the nicotine dependence level differing from the result found in other researches¹⁹. In relation to the association of nicotine with anxiety there is controversy, because some authors emphatically state that anxiety does not show a direct relationship with smoking. Others are categorical in emphasizing the relationship between them, pointing that it depends on the diagnosis of the type of anxiety disorder²⁹. Anxiety can be defined as an emotional state with psychological and physi-

ological components, which is part of the normal spectrum of human experiences and encourages performance. It can become pathological when it is disproportionate to the situation which triggers it, or when there is no specific object to relate to³⁰. Yet, leaving this academic discussion, the role played by anxiety in the smokers in smoking cessation process must be remembered at the time of service, aiming to assist them to overcome their symptoms.

With regard to limitations of this study, one can highlight those related to the instruments of data collection. The Fagerström test, one of the most used questionnaires to investigate nicotine dependence, has its own limitations, since it can assess only physical but not psychological dependence⁶. The Beck Anxiety Inventory evaluates the presence of anxiety symptoms in general. However, it does not identify the presence of symptomatology of specific anxiety disorders, such as panic disorder and social phobia, among others. Even so, these minor limitations do not invalidate the results found in this study, because the data analyzed are important to support future planning actions to improve the assistance to smokers with depressive symptoms and high nicotine dependence. In conclusion, the high nicotine dependence is associated with male smokers, higher quantity of cigarettes smoked per day and the moderate/severe level of depression. It is suggested that instruments assessing levels of depression and anxiety are included within the smoking cessation programs, with the adoption of individual or group psychological interventions, giving special attention to smokers with depressive symptoms.

References

- Gigliotti AP, Lemos T. Qual a relação entre o tabagismo e as comorbidades psiquiátricas? In: Araújo AJ. Manual de condutas e práticas em tabagismo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; 2012.
- Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para a cessação do tabagismo - 2008. J Bras Pneumol. 2008;34(10):845-80.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Abordagem e tratamento do fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: Inca; 2001.
- Santos VA, Migott AM, Bau CH, Chatkin JM. Tobacco smoking and depression: results of a cross-sectional study. Br J Psychiatry. 2010;197(5):413-6.
- Halty LS, Hüttner MD, Oliveira Netto IC, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. J Bras Pneumol. 2002;28(4):180-6.
- Mykletun A, Overland S, Aaro LE, Liabo HM, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: The HUNT study. Eur Psychiatry. 2008;23:77-84.
- Batra A. Treatment of tobacco dependence. Dtsch Arztebl Int. 2011;108(33):555-64.
- Mickens L, Greenberg J, Ameringer KJ, Brightman M, Sun P, Leventhal AM. Associations between depressive symptom dimensions and smoking dependence motives. Eval Health Prof. 2011;34(1):81-102.
- Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Cigarette smoking and depression: tests of casual linkages using a longitudinal birth cohort. Br J Psychiatry. 2010;196:440-6.
- Patton GC, Carlin JB, Coffey C, Wolfe R, Hibbert M, Bowes G. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. Am J Public Health. 1998;88:1518-22.
- Calheiros PRV, Oliveira MS, Wagner MF, Matos KS. Sintomas de ansiedade em tabagistas no início do tratamento. Rev Psicologia IMED. 2009;1(1):46-55.
- Edwards AC, Kendler KS. Nicotine withdrawal-induced negative affect is a function of nicotine dependence and not liability to depression or anxiety. Nicotine Tob Res. 2011;13(8):677-85.
- Piper ME, Cook JW, Schlam TR, Jorenby DE, Baker TB. Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment: relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment. Addiction. 2010;106(2):418-27.
- Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. J Bras Pneumol. 2010;36(1):67-74.

15. Fagerström O. Treatment of nicotine dependence. *Prog Brain Res.* 1989;79:321-6.
16. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56:893-7.
17. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71.
18. Barros AJD, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3(21):1-13.
19. Urdapilleta-Herrera EC, Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Méndez-Guerra M, Lara-Rivas AG, Guzmán-Barragán SA, et al. Ansiedad y depression en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud Publica Méx.* 2010;2(51):120-7.
20. Fagerström K, Furgerg H. A comparison of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction.* 2008;103:841-5.
21. Afonso F, Pereira MG. Preditores da dependência nicotínica e do comportamento planejado para deixar de fumar. *Anál Psicológica.* 2013;31(1):17-22.
22. Castro MGT, Oliveira MS, Araujo RB, Pedroso RS. Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2008;30(1):25-30.
23. Roseberg J. Nicotina: droga universal. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde - SES/CVE; 2003.
24. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical of Mental Disorders 4 – DSM-IV. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders. Estados Unidos; 2006.
25. Alati R, Kinner S, Najman JM, Fowler G, Watt K, Green D. Gender differences in the relationships between alcohol, tobacco and mental health in patients attending an emergency department. *Alcohol.* 2004;39(5):463-9.
26. Bortoluzzi MC, Kehring RT, Loguercio AD, Traebert JL. Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba, SC). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(3):1953-9.
27. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Rev Psiq Clín.* 2003;30(6):221-8.
28. Weinberger AH, Mazure CM, Alejandra-Morillett BA, Mckee SA. Two decades of smoking cessation treatment research on smokers with depression: 1990-2010. *Nicotine Tob Res.* 2013;15(6):1014-31.
29. Hofman SG, Richey JA, Kashdan TB, McKnight PE. Anxiety disorders moderate the association between externalizing problems and substance use disorders: Data from the National Comorbidity Survey-Revised. *J Anxiety Disord.* 2009;23:529-34.
30. Andrade LHSG, Gorestein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev Psiq Clín.* 1998;25(6):285-90.

APÊNDICE G – ARTIGO ENVIADO AO SÃO PAULO MEDICAL JOURNAL -
ABANDONMENT OF NICOTINE DEPENDENCE TREATMENT. A COHORT STUDY

Artigo Original (Original Article)

ABANDONMENT OF NICOTINE DEPENDENCE TREATMENT

Carta de submissão (ao editor)

EDITORES,

Prof. Dr. Paulo Manuel Pêgo Fernandes e Prof. Dr.Álvaro Nagib Atallah

A autora responsável e os demais autores aprovam, através desta, a submissão deste trabalho e da subsequente transferência de todos os seus direitos autorais para o São Paulo Medical Journal, a fim de permitir a sua publicação. Atestamos ainda que este trabalho representa um material original, que não infringe nenhum direito autoral de terceiros, e que nenhuma parte deste trabalho foi publicada ou será submetida para publicação em outro lugar, até parecer final do São Paulo Medical Journal. Além disso, declaramos que não houve financiamento para o desenvolvimento desta pesquisa e não há conflitos de interesse.

Maritza Muzzi Cardozo Pawlina (autora responsável)

Autores

Nome: Maritza Muzzi Cardozo Pawlina(Pawlina MMC)(maritzamuzzi@terra.com.br)

Afiliação:MSc, Posgraduate student of Health Sciences, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá,Mato Grosso, Brazil.

Nome: Regina Cássia Rondina(Rondina RC)(rcassiar@terra.com.br)

Afiliação:PhD. Professor of Educational Psychology and Human Development, Department of Educational Psychology, Universidade Estadual Paulista, Marília, Sao Paulo, Brazil.

Nome: Mariano Martinez Espinosa(Espinosa MM)(marianomphd@gmail.com)

Afiliação:PhD. Professor of Statistic, Department of Statistics and Biostatistics of Institute of Public Health, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá, Mato Grosso, Brazil.

Nome: Clóvis Botelho(Botelho C)(clovisbotelho8@gmail.com)

Afiliação:MD, PhD. Professor of Pneumology, Department of Medicine, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá, Mato Grosso, Brazil

Idioma do manuscrito

Inglês

Tipo de manuscrito

Artigo Original (Original Article)

Data da submissão

Não disponível

Data de aceite

Não disponível

Protocolo

Título (português ou espanhol)

ABANDONO DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA À NICOTINA

Local de desenvolvimento do trabalho

Hospital Universitário Júlio Müller, Centro de Saúde do Campo Velho, Policlínica do Coxipó e Policlínica do Planalto

Sem protocolo

Status

Em processo de submissão

Endereço para correspondência?

email: maritzamuzzi@terra.com.br Tel
65 99815009 e 6536277469 Rua
Santiago 22, 102 - Jardim das
Américas - CEP 78060628 - Cuiabá-MT

Pergunta: Ensaio Clínico Aleatório

Não - Protocolo:

Experimento com seres humanos?

Sim

Declaro que este manuscrito, na forma completa, não está em processo de submissão ou foi publicado em outro periódico.

Sim

Há conflitos de interesse?

Não

Há fontes de fomento?

Não

Qual a quantidade de autores?

4

Aprovação do PDF

Não

Protocol: SPMJ000899/2014

ORIGINAL ARTICLE

Abandonment of nicotine dependence treatment. A cohort study

KEY WORDS: Smoking. Treatment refusal. Tobacco use disorder. Tobacco use cessation. Motivation.

ABSTRACT

CONTEXT AND OBJECTIVE: Non-adherence to treatment is one of the hindering factors in the smoking cessation process. This study aims at comparing the sociodemographic characteristics, smoking status, and motivation among the smokers who maintained or abandoned the treatment to stop smoking and at analyzing the association between sociodemographic factors and smoking.

DESIGN AND SETTING: Cohort study of 216 smokers who sought treatment at health units in Cuiabá/MT.

METHODS: Instruments: Questionnaires, Fagerström Test, Urica and Cage. The data from the initial evaluation, after 45 days and 6 months of follow-up were analyzed utilizing the two proportions test ($\alpha < 0.05$). A bivariate analysis was performed, crude prevalence ratio, significance level of 5% ($P < 0.05$), having the outcome variable the abandonment of treatment. Associations with $P < 0.20$ were selected for multiple robust Poisson Regression (RPa).

RESULTS: The abandonment rate was 34.26%. The predominance in the dropout group was the male gender, 20-39 year age group, employed, low motivation, shortest time smoking, and tobacco intake. Abandonment was associated with the male gender, 20-39 age group, employment, and motivation. In the final model, (RPa), gender (RPa 1.47; CI 95% 1.03-2.10) and age group (RPa 3.77; CI 95% 1.47-9.67) remained associated with abandonment.

CONCLUSION: Male gender, 20-39 age group, who are employed, have a low motivational level, the shortest average time spent smoking and lowest tobacco intake have more frequently abandoned the treatment. Male gender and a younger age group are associated with the abandonment of the treatment of nicotine dependence.

PALAVRAS CHAVES: Hábito de fumar. Recusa do paciente ao tratamento. Transtorno por uso de tabaco. Abandono do uso de tabaco. Motivação.

RESUMO

CONTEXTO E OBJETIVOS: A não adesão ao tratamento é um dos fatores dificultadores do processo de cessação do tabaco. Este estudo objetiva comparar características sociodemográficas, status tabagismo e motivação entre fumantes que abandonaram ou não o tratamento do tabagismo e analisar a associação entre fatores sociodemográficos e tabaco.

TIPO DE ESTUDO E LOCAL: Estudo de coorte, com 216 fumantes atendidos em unidades de saúde de Cuiabá/MT.

MÉTODOS: Instrumentos: Questionários, Teste de Fagerström, Urica e Cage. Os dados da avaliação inicial, após 45 dias e 6 meses de acompanhamento foram analisados via teste de duas proporções ($\alpha < 0,05$). Realizada análise bivariada, razão de prevalência bruta, nível de significância 5% ($P < 0,05$); tendo como variável desfecho o abandono do tratamento. As associações com $P < 0,20$ foram selecionadas para a Regressão de Poisson múltipla robusta (RP_a).

RESULTADOS: A taxa de abandono foi 34,26%. O predomínio no grupo abandono foi no gênero masculino, faixa etária 20-39 anos, trabalham, baixa motivação, menor tempo de fumo e de carga tabágica. O abandono foi associado ao sexo masculino, 20-39 anos, trabalham e motivação. No modelo final (RP_a), gênero (RP_a 1,47; IC 95% 1,03-2,10) e faixa etária (RP_a 3,77; IC 95% 1,47 – 9,67) permaneceram associados ao abandono.

CONCLUSÃO: Gênero masculino, faixa etária de 20-39, que trabalham, com baixa motivação, média menor de tempo de fumo e carga tabágica abandonaram mais o tratamento. Gênero masculino e faixa etária jovem estão associados ao abandono do tratamento da dependência à nicotina.

INTRODUCTION

As a risk factor or a chronic disease, smoking is one of the great evils of humanity, becoming a world public health problem, as it causes roughly 6 million deaths a year, due to the direct consumption of tobacco and its derivatives or by the exposure to environmental tobacco smoke (PTA).¹

In Brazil, the prevalence of smoking has been declining through the years, ever since public policies have been implemented by the National Tobacco Control Program (Programa Nacional de Controle do Tabagismo, PNCT) in 1989.² Currently this program is called the National Program for Tobacco Control and Other Risk Factors for Cancer (Programa Nacional de

Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de Câncer, PNCTOFR) and is recognized as one of the most effective programs in the development of multiple actions to control tobacco worldwide and is an international reference.³

The Program involves two main action groups: the first directed at the prevention of smoking initiation, focusing on children and adolescents, and the second aimed at smokers to encourage them to quit smoking.⁴ Tobacco treatment was included in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) by the Tripartite Interagency Commission pact (Comissão Intergestores Tripartite, CIT) who have created ordinances approving the Implementation Plan of Approach and Treatment of Smoking in the Unified Health System and the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines – Nicotine Dependence.²

The recommended treatment for smoking is based on psychological support (Cognitive-Behavioral Therapy, CBT) and the use of medications to control abstinence syndrome.⁵ The medications used by the PNCT are indicated by the guidelines as first-line treatment: transdermal nicotine patches, nicotine chewing gum, and bupropion hydrochloride.⁶

Despite the great importance of these guidelines in smoking treatment, they are not achieving the desired therapeutic success, because the success rates found in several clinical trials are low.⁷ Moreover, the abandonment of the treatment is still a poorly studied theme. Many patients who have enrolled and are then evaluated in the smoking cessation programs, abandon the treatment without completing the necessary CBT meetings and discontinue the use of medications, and thus are accounted for in many studies as failures or relapses.⁸

The issue regarding treatment abandonment is a poorly studied problem that should be more highly regarded, seeing as each patient who gives up the program and continues to smoke will suffer the direct harm caused by tobacco and the impact of morbimortality resulting from the diseases related to tobacco (DRT) consumption. Besides, it generates an economic and social burden. Smoking causes an annual loss of R\$ 338.6 million to SUS.⁹

In the city of Cuiabá, Mato Grosso, the program operates in accordance with guidelines and standards from the PNCT with actions aimed at education and promoting health.³ However, one of the problems found in practice by health professionals when performing these actions is that even though the demand for service is high, abandonment of smoking cessation treatment is significant. Some hypotheses can be cited such as the level of motivation, occupation, and the smoker's sociodemographic characteristics, which show the need of deepening this understanding in order to suggest actions and propose more efficient approaches in the treatment of dependents.

OBJECTIVE

The objective of this study is to compare the sociodemographic characteristics, smoking status, alcoholism, and the level of motivation among the smokers who abandoned and those who have adhered to nicotine dependence treatments and analyze the association between the sociodemographic variables and the abandonment of smoking treatments at health units in the city of Cuiabá, Mato Grosso.

METHODS

A cohort study was conducted with patients, over 18 years of age, who sought or were referred to the smoking cessation programs of four health units in Cuiabá, Mato Grosso (Júlio Müller University Hospital, Campo Velho Health Center, Coxipó and Planalto Polyclinics). All the smokers who enrolled in the initial phase of these programs, from May to August 2012, were invited to participate in this study, and those who agreed were associated and had their research records numbered successively, and thus made up the population of this study, totaling 216 participants.

The criterion for inclusion was to be a smoker, over 18 years of age and have the desire to quit smoking. These were enrolled in the initial phase of the cessation program. The participants who had cognitive limitations, were dependent on other psychoactive substances, except caffeine, pregnant or nursing women were excluded from this study.

In this research, the size of the population (N) was unknown, as well as the proportion of smokers who would abandon cigarettes in the city of Cuiabá during data collection. So, in order to determine the approximate size of the sample (n), one expression was used¹⁰⁻¹² considering the coefficient reliability of 95% and sampling error of 7.00% ($d = 0,07$), indicating that the distance between the sample estimate and the population parameter should not exceed this value; proportion of 0,5 ($P = 0.5$). This value was adopted due to what was not known about the prevalence of the outcome, and also because this value provided a greater variance, and enabled obtaining a sample with a larger size for a determined fixed precision.¹³

Thus, using the expression (1), the size of the sample obtained was of 196 participants. Considering a percentage of losses of 10%, the final number of the sample was 216 individuals. Thus, all the patients enrolled in the programs since May 2012, participated in this study, and the collection ended when it reached the number of patients needed for the sample. The same treatment protocol was used in this study with all the patients: Nicotine Replacement Therapy (NRT) + Bupropion + CBT.

The participants who remained in the program were accompanied by a doctor in the initial phase, 30 days after beginning medication, and in monthly evaluations until completing six

months of treatment. With the psychologist, after the initial evaluation with the instruments applied, all of them were invited to attend CBT with four group sessions (each with 10 to 15 patients), lasting one hour and a half, once a week during a period of four weeks (Health Ministry, 2004b). A posteriori, there were 5 follow-up meetings: 15 days, 30 days, 60 days, 90 days and 180 days. Of the 216 initial patients, 74 (34.26%) gave up the treatment during the process, and 142 completed the treatment within 6 months (65.74%) (**Figure 1**).

The instruments utilized in the initial, individual interview with a psychologist for the data collection were:

1. Sociodemographic profile questionnaire: specifically designed for this research, which was built based on the model used and distributed by INCA/MS (Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde), which contains 2 parts. Part I – identification and sociodemographic data, with the following variables: gender, age, marital status, occupation, education, and family income. Part II – Status of tobacco use, with the variables: duration of smoking, number of cigarettes per day, age of onset of smoking, and the number of attempts to quit.

2. Fagerström Test– Test for Nicotine Dependence (FTND):¹⁴ for the analysis of nicotine dependence, whose scores higher than the median (≥ 6) were categorized as having a high dependence and those with the value below 6, a low dependence.

3. CAGE, English acronym, which refers to the words Cut-down, Annoyed, Guilty and Eye-opener, designed to detect suspected alcoholism, was developed in 1974¹⁵ and validated in Brazil in 1983.¹⁶

4. URICA, (University of Rhode Island Change Assessment),¹⁷ reduced version, which evaluates the motivational stage (Pre-Contemplation, Contemplation, Preparation and Action) in relation to the behavior of using drugs. The Transtheoretical Model in Behavior Change (Modelo Transteórico de mudança de comportamento, MTMC) based on the stages of the American James O. Prochaska was validated and standardized for the Brazilian population for illicit drugs with transcription to tobacco.¹⁸ He used a previous study as a reference to dichotomize the data in Pre-Contemplation/Contemplation and Preparation/Action.¹⁹

After completing the instruments, the data was checked and entered twice into the Epidata Version 3.1 program. In this study, the results of the instruments of the initial evaluation were analyzed, and the patients were monitored for 6 months, accounting for the number of people who abandoned the program. Abandonment was defined as the smoker who after medical consultation and the initial evaluation with the psychologist did not attend the first CBT session or gave up the treatment in the subsequent session.

For data analyses, initially a descriptive analysis was performed, using measurements of position and variation (mean, median and standard deviation) and proportions, for the smoking

variable, considering the categories of abandonment and non-abandonment of the treatment. Subsequently, an inferential analysis of the data was carried out, using the technique of comparison of two proportions, considering the normal distribution with their respective confidence intervals of 95%, therefore in order to test the differences of these two proportions, the test for two proportions was used, with a level of significance of 0,05 ($\alpha < 0.05$).²⁰

A bivariate analyses was conducted having the brute prevalence as a reference, with a confidence interval of 95% and significance level of 5% ($P < 0.05$). The variables with levels of significance inferior to 20% ($P < 0.20$), done by the chi-square test, were designated to be tested by the Multiple Poisson Regression Model with a strong variance (RPa), remaining in the final model, the variables which presented a P value lower than 5% ($P < 0.05$).

The Poisson model was chosen because it is the alternative used in epidemiological literature which estimates the relative risk in cross-sectional or longitudinal studies, using the prevalence ratio²¹.

In order to find the adjusted effects of the explanatory variables in association with the dependent variable (treatment dropout), the dependent variable (outcome) corresponded with treatment dropout, and the independent variables considered in the model were gender, age, motivational level, occupation, years of education, Cage, psychiatric disorders, physical activity, and religion.

This research was approved by the Research Ethics Committee (CEP) on May 9, 2012, with a Certificate of Submission for Ethics Appreciation (CAAE) no. 0106612.6.0000.5541) and CEP resolution no. 19548.

RESULTS

The distribution of treatment abandonment, the percentages, averages, standard deviation of the participants according to the sociodemographic variables and those related to smoking (time spent smoking, age of onset, cigarettes per day, smoking history, attempts to quit smoking and fagerstrom, cage, psychiatric treatment and motivational level are presented in **Table 1**. In this table, when abandonment and non-abandonment are compared, there is a higher rate of abandonment in the male gender participants ($P = 0.030$ e $\Delta 15.01$), 20-39 year age range ($P = 0.011$ e $\Delta 16.17$), occupation being employed ($P = 0.016$ and $\Delta 15.93$), and lower degree of motivation (Pre-Contemplation/Contemplation ($P = 0.008$ and $\Delta 12.31$). On the other hand, the variables, years of education, religion, physical activity, Cage, and previous psychiatric disorders did not present statistically significant differences, when comparing the two groups studied. It is

observed that the comparison of the average of participants' abandonment and non-abandonment of treatment, according to smoking-related variables, there is greater abandonment by the patients with the lowest average time spent smoking (27.10 ± 12.10 , $P = 0.001$) and the lowest average tobacco intake ($34.20, \pm 22.90$, $P = 0.043$). The other variables studied (age of onset, cigarettes per day, attempts to quit smoking and Fagerström) in average did not present statistically significant differences in the comparison between abandonment and non-abandonment of the treatment.

The association between the abandonment of the treatment of smoking and sociodemographic variables are found in **Table 2**. Abandonment is associated with the male gender (RP 1.51; IC 95% 1.05-2.18), lower age group (RP 3.88; IC 95% 1.49-10.08), being employed (RP 1.62; IC 95% 1.05-2.50) and the level of motivation in the precontemplation and contemplation phases (RP 2.19; IC 95% 1.03-4.65). There was no association between the abandonment of treatment and the amount of schooling ($P = 0.515$), religion ($P = 0.270$), physical activity ($P = 0.80$), CAGE ($P = 0.678$) and psychiatric disorders ($P = 0.343$).

In **Table 3**, the final model of the multivariate regression analysis of robust Poisson is presented (RPA). The following variables continue to be associated with the abandonment of smoking treatment: male gender (RPA 1.47; IC 95% 1.03-2.10) and lower age group (RPA 3.77; IC 95% 1.47-9.67).

DISCUSSION

The abandonment rate of nicotine dependence treatment in the population studied after six months of observation was high (34.26%), and the majority of abandonment occurred before starting CBT. These results are similar to those found in other studies.^{22,23} It is noteworthy that among the participants considered as abandonment, two groups can be identified: those who did not attend the first CBT session and those who quit during the treatment process. At first, these two groups seem to be different from each other; nevertheless the statistical analysis showed that there are no differences between them regarding the main variables studied here (sociodemographic, smoking status, motivation level, and CAGE). Therefore, they are homogeneous and were considered as a single group – abandonment.

Some studied variables could explain the outcomes found, among them the sociodemographic characteristics (gender, age group, and occupation), those related to smoking status (duration of smoking and tobacco intake), and motivational level.

It stands out that male participants presented the highest rates of treatment abandonment remaining associated with failure in the final model. There are various plausible explanations for

this result. It is a fact that most of the smokers who seek nicotine dependence treatment programs are of the female gender.^{24,25} It is possible that this predominance of females seeking help and then remaining in the programs is due, in large part, to women's great concern with their own health, seeing as there is a difference in health care according to gender. Women live longer and use health services more frequently than men who have a hard time accepting that they are sick.²⁶ There are some other important hindering factors to smoking cessation, which the female gender present with more intensity: having more mood disturbances, more marked withdrawal syndrome, their nicotine metabolism is slower, and weight gain with cessation is more worrying.²⁷⁻²⁹ Added to this, there is the fact that abandonment was also prevalent in the participants who are employed. As males were the largest workforce and income in this population, possibly professional commitments were hindering their attendance to the scheduled appointments.²⁸ Research shows that male smokers were embarrassed to be absent from their employment to attend the program, even with the declaration of presence at the health unit.²²

Another important variable that was associated to the final model of abandonment of treatment was the age group, the youngest (20-39 years) presented the highest abandonment rate. It is possible to imply that abandonment among young people may have occurred because they still do not feel "sick", and think that the harmful effects of smoking will take a long time to appear, still having plenty of time to decide when to quit definitively.²⁹ Studies with licit and illicit drug users have reported that the younger the user, the lower the chances they will remain in treatment.³⁰

The variability of the success and adherence to treatment in youth with substance abuse depends on variables such as severity of dependence and motivation to change behavior, among other things. These two variables proved to be important in this study. Young people believe that their problems are not related to drugs, and everything will be all right, and nothing bad will happen to them.³¹ Thus, it is necessary to review how to approach these patients in order to achieve higher treatment adherence perhaps by not addressing only tobacco-related diseases, as these are still not present, and they have not envisioned this reality yet. One option would be to work on the aesthetic harms caused by the chronic use of nicotine (teeth, skin, and odor), attempting to raise awareness and motivate those young people who are concerned about their image and appearance.³²

In relation to the participants of the other age groups, it was observed that there was less treatment abandonment. Despite the ambivalence (they feel unable to quit smoking, even knowing it is necessary), the older ones seek support and acceptance, suggesting that the decision to seek help occurs at a time of more maturity, when there is awareness of the health risks that smoking entails.^{28,33}

The comparison of averages of the occupation with the abandonment of dependence treatment should be viewed with caution. Firstly, the results show that abandonment occurred more in those who had an occupation, similar to the other studies.^{25,28} Maybe this issue is related to the periods (morning/afternoon) in which controlled visits and program sessions occurred, that is, a time in which many patients have their professional commitments and may have prevented attendance and thus significantly influenced abandonment. The question is if greater schedule flexibility, with appointments at night and/or on weekends, could influence this variable. On the other hand, it is important to remember that the highest smoking prevalence rates are among those with lower educational levels and who undertake heavy manual labor activities, and are the very ones who are struggling to be in a long treatment.³⁴

Regarding the variables related to smoking status, less time spent smoking influenced the abandonment of treatment. This data shows that the longer the period spent smoking, the more a person decides to invest in the treatment, perhaps because of the possibility of starting to feel the effects of the diseases caused by tobacco. One of the main reasons for deciding to quit smoking is the deterioration of health conditions caused by tobacco-related diseases.³⁵

The comparison of averages in tobacco intake shows that the participants who abandoned the program have the lowest average in relation to those that did not abandon, results that agree with the statement that the higher the dependence the higher the search for professional monitoring and the use of medications.³⁶ Perhaps this data reinforces the result in relation to the age group, that the younger the age, shorter smoking period and lower tobacco intake, the greater the abandonment rate. On the other hand, the results found here differ from another study, where the dependence levels were not associated with treatment abandonment.²⁴

Regarding the motivation level, the results show that the participants who were in the pre-contemplation or contemplation phase were the ones who most abandoned the treatment. This result reinforces the established knowledge that individual motivation is the most decisive factor in the smoking abandonment process.²⁶ It is known that patients who attended the health units for treatment without motivation are a challenge for the therapists, because addictive disorders are essentially motivational.³⁷ These results are consistent with research on adolescents in treatment for illicit drugs use, where most of those who did not join the program (69.3%) were in the pre-contemplation phase.³⁸

Motivation for change is multifactorial and happens differently for each human being at certain moments in his/her life history.³⁹ Perhaps those who have not abandoned treatment and remain until the end, even though they did not quit smoking, are patients with high motivational levels. The motivated smoker who is in the preparation or action phase is open to make changes in his/her behavior, as well as to take the necessary steps to do so, and accepts discussing and

choosing strategies for the process to be successful.⁴⁰ This motivational level to quit smoking encourages the permanence in the treatment group, whereas those with low motivational level (Pre-contemplation or contemplation) tend to abandon the treatment.⁴¹

Seeing as a high motivational level is fundamental for non abandonment and the increase in the treatment chances, the whole health care team should work on the patients' motivation. A strategy already tested is the adoption of Motivational Interviewing (MI), which consists of individualized interventional techniques focused on the patient and tailored to each stage, aiming at reinforcing a motivation to change and an increase in treatment adherence.⁴² However, working with motivational interviews requires specialized training for health professionals, because its success depends on the style of those who apply it, and this can directly interfere in the treatment.⁴³ Another strategy would be a closer approach to the smoker, stimulating him continuously, showing that it is possible to live without smoking and in a healthier way. If necessary, contact could be made in person or by telephone to those who did not attend the CBT sessions or the monitoring treatment control appointments.⁴⁴

The major limitation of this study might be the non-characterization of the two groups, in distinct principle, the quitters (those who did not even participate in the first session of CBT) and the resistant ones (those that quit during the process of treatment). Possibly the number of participants that abandoned the treatment did not allow us to find the differences between them. To deepen our knowledge of abandonment of nicotine dependence treatment, further studies will be necessary, keeping in mind the distinction between smokers who quit and those who are resistant.

CONCLUSIONS

We conclude that when comparing those who have abandoned and have not abandoned the nicotine dependence treatment, patients who are of the male gender, belong to the 20-39 age group, are employed, have a low motivational level, spent a shorter period of time smoking, and have a lower tobacco intake, desistance is higher.

The abandonment of the treatment for smoking is associated with the male gender and a younger age group. Identifying which is the best approach to dealing with these patients and working with their concerns in order to assist them in carrying out the program is the fundamental key to adherence to the treatment of nicotine dependence.

REFERENCES

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do tabagismo no Brasil: Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Inca, 2011. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/PDF_final_situacao_tabagismo.pdf. Accessed in 2014 (Jun 24).
2. Cavalcante T. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. [Tobacco Control in Brazil: Advances and Challenges]. *Rev Psiq Clín.* 2005 Out; 32(5): 283-300.
3. Silva ST, Martins MC, Faria FR, Cotta RM. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. [Combating Smoking in Brazil: the strategic importance of government actions]. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(2):539-52.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer/INCA. Programa Nacional de Controle do Tabagismo – Abordagem e Tratamento do Tabagismo. Rio de Janeiro, 2001. Available from: http://www1.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tratamento_consenso.pdf. Accessed in 2014 (Jun 24).
5. Silva LCC. Tratamento do Tabagismo. [Smoking Treatment]. *Revista da AMRIGS.* 2010;54(2):232-9. Available from: http://www.amrigs.com.br/revista/54-02/22-fumo_zero_tratamento_do_tabagismo.pdf. Accessed in 2014 (Jun 24).
6. Santos JDP. Avaliação da efetividade do programa de tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde. [dissertation]. Porto Alegre: UFRGS; 2011. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31883/000785897.pdf?sequence=1>. Accessed in 2014 (Jan 24).
7. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ.* 2008;179(2):135-44.
8. Azevedo RC, Fernandes RF. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. *São Paulo Med J.* 2011;129(6):380-6.
9. Pinto M, Ugá MA. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. [The cost of tobacco-related diseases for Brazil's Unified National Health System]. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26 (6): 1234-45.
10. Kish L. *Survey Sampling.* New York: John Wiley & Sons; 1965.
11. Bolfarine H, Bussab WO. *Elementos de amostragem.* São Paulo: Edgar Blücher Ltda; 2005.

12. Espinosa MM, Bieski IGC, Martins DTO. Sampling in Ethnobotanical Studies of Medicinal Plants. In: Albuquerque UP, Cruz da Cunha LVF, Lucena RFP, Alves RRN, (org). Springer Protocols Handbooks. New York: Springer New York; 2014. p.197-212.
13. Silva NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. São Paulo: EDUSP; 2001.
14. Fagerström KO. Treatment of nicotine dependence. *Prog Brain Res.* 1989;79:321-6.
15. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiat.* 1974;131(10):1121-3.
16. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res.* 1983; 16(3):215-8.
17. McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WE. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. [Estágios de mudança em psicoterapia: perfis de medição e de amostragem]. *Psychother Theor Res Pract Train.* 1983;20(3):368-75.
- Available from:
http://www.researchgate.net/profile/Wayne_Velicer/publication/232492826_Stages_of_change_in_psychotherapy_Measurement_and_sample_profiles/file/d912f50b6871718aa5.pdf. Accessed in 2014 (Jun 24).
18. Szupszynski K. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias psicoativas ilícitas. [Brazilian version of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) for illicit substance users][dissertation]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Curso de Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia, 2006. Available from:
<http://repositorio.pucrs.br:8080/dspace/bitstream/10923/4839/1/000387788-Texto%2BCompleto-0.pdf>. Accessed in 2014 (Jun 24).
19. Calheiros PRV, Oliveira MS, Calheiros LB, Matos KS, Rosa Júnior S. Fatores associados a recaída em tabagista sob tratamento psicoterápico. [Factors associated the relapse among smokers in psychotherapeutic treatment]. *Rev Cient Facimed.* 2009 Jan; 1 (1). Available from:
<http://www.facimed.edu.br/site/revista/pdfs/5dca9460a1914cd634969e7c7291b5f3.pdf>. Accessed in 2014 (Jun 24).
20. Siqueira LS, Tibúrcio JD. Estatística na área da Saúde: Conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional. Belo Horizonte: Coopmed; 2011.
21. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio *BMC Med Res Methodol* 2003; 3: 21.

22. Meier DAP, Vannuchi MTO, Secco IAO. Abandono do Tratamento do Tabagismo em Programa de Município do Norte do Paraná. [Withdrawal of Treatment for Smoking in a Program of a Municipality of Northern Parana]. *Revista Espaço para a Saúde, Londrina*. 2011; 13(1): 35-44. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/10020/9349>. Accessed in 2014 (Jun 24).
23. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo [Evaluation of a program for smoking cessation]. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2013; XV(2):35-44. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v15n2/v15n2a04.pdf>. Accessed in 2014 (Jun 24).
24. Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. [Motivational stages, anxiety and depression symptoms during smoking treatment]. *Interação em Psicologia*. 2006; 10(1):91-9.
25. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FSS, Jardim JR. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. [Profile of smokers seeking a smoking cessation program]. *J. Bras. Pneumol*. 2008; 34(9): 695-701.
26. Koopmans GT, Lamers LM. Gender and health care utilization: the role of mental distress and help-seeking propensity. *Soc Sci Med*. 2007;64(6):1216-30.
27. Sales MP, de Figueiredo MR, de Oliveira MI, de Castro HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. [Outpatient smoking cessation program in the state of Ceará, Brazil: patient profiles and factors associated with treatment success]. *J Bras Pneumol*. 2006; 32(5):410-7.
28. Karen SKK, Oliveira ML, Pádua AI, Vieira F, Martinez JAB. Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. [Clinical characteristics of smokers seen in a smoking cessation reference center] *Medicina (Ribeirão Preto Online)*. 2012; 45(3):337-42. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47674>. Accessed in 2014 (Jun 24).
29. Niel M. Redução de danos para drogas fumadas. In: Niel M, Silveira DX, editores. *Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde*. São Paulo: Imprensa Oficial; 2008.
30. Beynon CM, McMinn AM, Marr AJ. Factors predicting drop out from, and retention in, specialist drug treatment services: a case control study in the North West of England. *BMC Public Health*. 2008;8:149.
31. Andretta I, Oliveira MS. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. [The technique of motivational interview in adolescence]. *Psicol. Clin*. 2005;17(2):127-39.

32. Cardoso DB, Coelho APCP, Rodrigues M, Petroianu A. Fatores relacionados ao tabagismo e ao seu abandono. [Factors related to smoking and its interruption]. *Rev Med (São Paulo)*. 2010;89(2):76-82. Available from: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/46277/49931>. Accessed in 2014 (Jun 24).
33. World Health Organization. Global Status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
34. Barros AJ, Cascaes AM, Wehrmeister FC, Martínez-Mesa J, Menezes AM. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais [Tobacco smoking in Brazil: regional inequalities and prevalence according to occupational characteristics]. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(9):3707-16.
35. Oguisso T, Seki LK. A prevalência do Tabagismo entre estudantes de graduação da escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo [The Smoking prevalence among undergraduate students of the university of São Paulo, school of nursing]. *Rev Esc Enf USP*. 2001; 35 (1): 19-27.
36. Echer IC, Barreto SS. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. [Determination and support as successful factors for smoking cessation]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008; 16 (3): 445-51.
37. Lincourt P, Kuettel TJ, Bombardier CH. Motivational interviewing in group setting with mandated clients: a pilot study. *Addict Behav*. 2002; 27 (3): 381-91.
38. Oliveira MS, Szupszynski KDR, DiClemente C. Estudo dos estágios motivacionais de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. [Study of motivation for treatment in teenagers users of illicit substances]. *Psico (Porto Alegre)*. 2010; 41 (1):40-6.
39. Echer IC, Corrêa APA, Lucena AF, et al. Prevalência do tabagismo em funcionários de um hospital universitário. [Prevalence of Smoking Among Employees of a University Hospital]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19(1): 179-86.
40. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*. 1982;7(2):133-42.
41. Ramos D, Soares da S, Viegas K. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência. [Assisting users of a health care unit to stop smoking: an experience report]. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14 (Suppl 1): 1499-505.
42. Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
43. Finger IR, Poter JR. Entrevista motivacional no tratamento de sobrepeso/obesidade: uma revisão de literatura. [Motivational interviewing in the treatment of overweight/obesity: a

literature review]. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2011; 7 (2): 2-7. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v7n2/v7n2a02.pdf>. Accessed in: 2014 (Jun 24).

44. Costa AA, Elabras Filho J, Araújo ML, et al. Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. [Tobacco Control Multiprofessional Program: aspects related to long term abstinence]. *Revista da SOCERJ*. 2006; 19(5): 397-403. Available from: http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2006_v19_n05_art04.pdf. Accessed in: 2014 (Jun 24).

Sources of funding: None

Conflict of interest: None

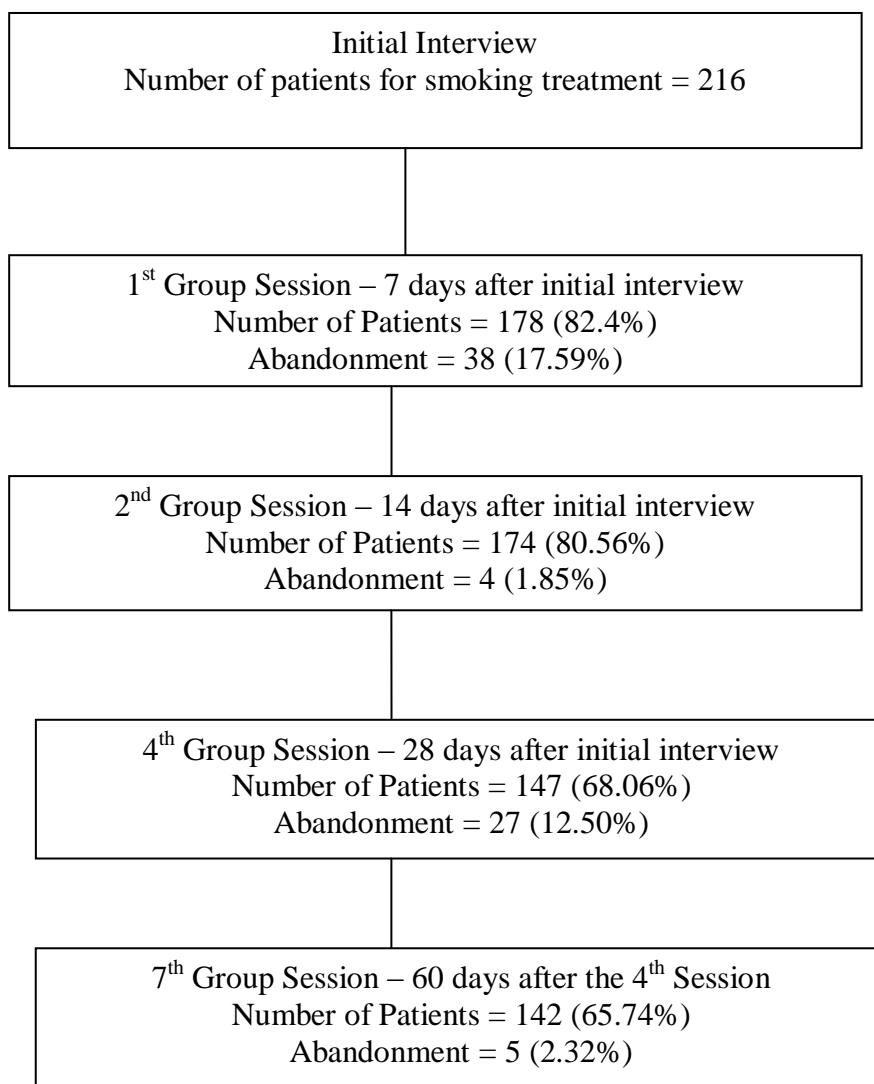


Figure 1. Monitoring of abandonment of treatment in patients during the process

Table 1: Numbers, percentages, averages and standard deviations of participants comparing abandonment with non abandonment of nicotine dependence treatment, according to the sociodemographic variables and those related to smoking, Cuiabá, MT 2013

Variables	Category	Smokers				Δ_p	*IC 95%
		Abandonment		Non Abandonment			
		n	%	n	%		
Gender	Male	33	44.59	42	29.58	15.01	[1.43 ; 28.60]
	Female	41	55.41	100	70.42	-15.01	[-28.60; -1.43]
Age Group	20 – 39 years	25	33.78	25	17.61	16.17	[3.71 ; 28.64]
	40 – 59 years	45	60.81	90	63.38	-2.57	[-16.23; 11.09]
	60 years or more	4	5.40	27	19.01	-13.61	[-21.87; 5.35]
Years of education	≤8	24	32.43	40	28.17	4.26	[-8.72 ; 17.24]
	>8	50	67.57	102	71.83	-4.26	[-17.24 ; 8.72]
Occupation	Work	20	27.03	61	42.96	-15.93	[-28.92 ; -2.94]
	Out of work	54	72.97	81	57.04	15.93	[2.94 ; 28.92]
Religion	Catholic	45	60.81	97	68.31	-7.50	[-21.00 ; 6.00]
	Other	29	39.19	45	31.69	7.50	[-6.00 ; 21.00]
Physical Activity	Performing	10	13.51	21	14.79	-1.28	[-11.01; 8.46]
	Non performing	64	86.49	121	85.21	1.28	[-8.46; 11.01]
Cage	Positive	18	24.32	31	21.83	2.49	[-9.41; 14.40]
	Negative	56	75.68	111	78.17	-2.49	[-14.40; 9.41]
Previous psychiatric disorder	Had	32	43.24	52	36.62	6.62	[-7.17; 20.42]
	Did not have	42	56.76	90	63.38	-6.62	[-20.42; 7.17]
Motivation Level	Pre-contemplation / Contemplation	68	91.89	113	79.58	12.31	[3.22; 21.40]
	Preparation/Action	6	8.11	29	20.42	-12.31	[-21.40; -3.22]

Variables	Smokers						Δ_m	**IC95%
	Abandonment			Non Abandonment				
	N	Mean	SD	n	Mean	SD		
Duration of smoking	74	27.10	12.10	142	32.80	12.10		
Age of onset	74	18.07	6.54	142	17.08	5.910	0.99	[-0.80 ; 2.79]
Cigarettes/day	74	25.20	13.10	142	25.70	15.90	-0.50	[-4.53 ; 3.45]
Smoking burden	74	34.20	22.90	142	41.70	31.00	-7.50	[-14.89 ; -0.23]
Attempts to quit smoking	74	2.14	2.49	142	2.14	2.32	0.00	[-0.70 ; 0.68]
Fagerström	74	6.45	1.94	142	6.34	2.12	0.11	[-0.46 ; 0.68]

Δ_p : estimate of the difference of the proportions. Δ_m : estimate of the difference of the means. **SD**: standard deviation. ***IC 95%**: Confidence Interval of 95% for proportion differences. **F**: Fisher's exact test. ****IC 95%**: Confidence Interval of 95% for means differences.

Table 2. Association between the abandonment of smoking and sociodemographic factors and smoking, Cuiabá, MT, 2013

Variables	Category	Smoker				RP _b	CI 95%
		Abandonment		Non abandonment			
		n	%	n	%		
Gender	Male	33	44.00	42	56.00	1.51	[1.05 ; 2.18]
	Female	41	29.08	100	70.92	1.00	-
Age Group	20 – 39 years	25	50.00	25	50.00	3.88	[1.49 ; 10.08]
	40 – 59 years	45	33.33	90	66.66	2.58	[1.01 ; 6.65]
	60 years or more	4	12.90	27	87.10	1.00	-
Years of education	≤8	50	32.89	102	67.11	0.88	[0.59 ; 1.30]
	>8	24	37.50	40	62.50	1.00	-
Occupation	Employed	54	40.00	81	60.00	1.62	[1.05 ; 2.50]
	Not Employed	20	24.62	61	75.31	1.00	-
Religion	Other	29	39.19	45	60.81	1.24	[0.85 ; 1.80]
	Catholic	45	31.69	97	68.31	1.00	-
Physical Activity	Performing	64	34.59	121	65.40	1.07	[0.82; 1.85]
	Non Performing	10	32.26	21	67.74	1.00	-
Cage	Positive	18	36.73	31	63.27	1.10	[0.72; 1.68]
	Negative	56	33.53	111	66.47	1.00	-
Psychiatric Disorder	Had	32	38.09	52	61.90	1.20	[0.84; 1.66]
	Did not have	42	31.82	90	68.18	1.00	-
Motivation Level	Pre-contemplation / Contemplation.	68	37.57	113	67.66	2.19	[1.03; 4.65]
	Preparation/Action	6	17.14	29	82.86	1.00	-

RP_b: Crude prevalence ratio. CI95%: Confidence Interval of 95%. p: Level of significance considering the distribution of chi-square

Table 3. Adjusted prevalence ratio for Robust Poisson regression (RP_a), the variables associated with the abandonment of smoking in 216 patients, with their respective confidence intervals (CI) of 95% and the value p of variables selected by the method backward, Cuiabá, MT, 2013

Variables	Category	RP _a	CI 95%
Gender	Male	1.47	1.03 a 2.10
	Female	1.00	
Age Group	20 – 39 years	3.77	1.47 a 9.67
	40 – 59 years	2.68	
	60 years or more	1.00	

RP_a: adjusted prevalence ratio in the Poisson regression model with variable selection. * Significant at the 5% level. CI - Confidence Interval.

APÊNDICE H – ARTIGO ENVIADO AO JORNAL BRASILEIRO DE
PNEUMOLOGIA - ANXIETY, DEPRESSION, MOTIVATION AND STRESS IN
SMOKERS IN THE PROCESS OF SMOKING CESSATION.

Esta é um versão gerada unicamente para visualização dentro do GGP.
 A versão a ser impressa utilizará outros padrões de formatação.
 This is a version generated only for visualization inside of GGP.
 The version to be printed will use other formatting patterns.

Artigo Original

Código de Fluxo: 4527

ANSIEDADE, DEPRESSÃO, MOTIVAÇÃO E STRESS EM FUMANTES EM PROCESSO DE CESSAÇÃO

ANXIETY, DEPRESSION, MOTIVATION AND STRESS IN SMOKERS IN THE PROCESS OF SMOKING CESSATION.

Autores (Authors)

Marilza Muzzi Cardozo Pawlina: PhD - Psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
 Nome para citação: Pawlina, MMC

Regina de Cássia Rondina: PhD - Professora na Unesp/Marília.
 Nome para citação: Rondina, RC

Mariano Martínez Espinoza: PhD - Professor na Universidade Federal de Mato Grosso
 Nome para citação: Espinoza, MM

Cláudia Sobalho: PhD - Professor na Universidade Federal de Mato Grosso
 Nome para citação: Sobalho, C

Descritores (Palavras-chave)

Ansiedade; Depressão; Motivação; Terapia Cognitiva;
 Tabaco

Keywords

Anxiety; Depression; Motivation; Cognitive Therapy;
 Tobacco

Resumo

Objetivo: Comparar mudanças nos níveis de ansiedade, depressão, motivação e stress em pacientes do programa de cessação de Tabagismo em Cuiabá/MT. Métodos: Estudo de coorte em 3 momentos: fase A1 (avaliação inicial), A2 (45 dias depois) com medicação/terapia cognitivo comportamental e A3 (6 meses depois). Utilizou-se questionário sócio-demográfico e status tabagismo, Urlica, Cage, BAI, BDI e ISSL. Os dados foram analisados com testes não paramétricos para comparações pareadas nas três avaliações realizadas, teste de Wilcoxon. Os resultados mostram redução dos níveis de ansiedade, depressão, motivação (Pré-Contemplação/Contemplação) e stress ao comparar A1 com a A2 e A1 com a A3. Conclusão: As intervenções realizadas foram efetivas para diminuição dos níveis de ansiedade, depressão e stress, bem como aumento da motivação.

Abstract

Objective: The goal is to compare the changes in levels of anxiety, depression, motivation, and stress in patients in the smoking cessation program in Cuiabá, MT. Methods: This cohort study was done in 3 phases: phase A1 (initial evaluation), A2 (45 days afterwards) with medication and cognitive-behavioral therapy, and A3 (6 months afterwards). A socio-demographic questionnaire and smoking status, Urlica, Cage, BAI, BDI and ISSL were used. The data was analyzed with non-parametric tests for paired comparisons in the 3 evaluations using the Wilcoxon test. The results show a reduction in anxiety, depression, motivational levels (Precontemplation and Contemplation), and stress when comparing A1 with A2 and A1 with A3. Conclusions: The interventions performed were effective in decreasing levels of anxiety, depression, stress as well as increasing motivation.

Trabalho submetido em (Article's submission in): 5/12/2014 15:33:39

Instituição (Affiliation): Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

Correspondência (Correspondence): Marilza Muzzi Cardozo Pawlina Rua Santiago 22, apto 102 Ed Royal Princess. Bairro Jardim das Américas. Cuiabá/MT cep 78060-628

Suporte Financeiro (Financial support):

Submetido para (Submitted for): Jornal Brasileiro de Pneumologia

1 Introduction

2 Currently, smoking is considered a chronic disease caused by nicotine dependence and is one of the main risk factors for several diseases. The direct consumption of tobacco and its derivatives or by exposure to environmental pollution causes roughly 6 million deaths a year, and is considered a worldwide health problem⁽¹⁾. In spite of the high rate of prevalence of smokers, in some countries over the last decades, there has been a decrease in the amount of people who smoke, possibly due to public policies that have been implemented and better accessibility to smoking prevention and treatment. The annual reduction in smoking prevalence has been of 0.6%, in Japan; of 0.7%, in the United States; and of 0.8%, in the United Kingdom. In Brazil, the prevalence in 1989 was 32%, and in 2008, it was 17.1% with a reduction of 0.78% per year⁽²⁾.

3 Despite these advances in smoking control in general, the high rates of failure in the smoking cessation programs are frequent concerns⁽³⁾. Among the many smoking cessation complicating factors are high levels of anxiety, depression, and stress, and a low motivational level of the patients that seek programs for the treatment of nicotine dependence^(3,4,5). Almost all forms of existing treatment have some weak points, and science is seeking new approaches to improve the success rates within the smoking cessation programs.

4 The consensuses and guidelines suggest that the effect of psychological support associated with the use of first-line pharmacotherapy (Nicotine Replacement Therapy – NRT, bupropion, and varenicline) increase the chances of successful treatment of smokers⁽³⁾. Cognitive-Behavioral

Therapy (CBT) is an important psychological intervention for the treatment of the dependence itself and has a pivotal role in successfully treating smokers and restructuring the patient's life⁽⁶⁾.

5 Smokers who decide to quit but are unable to stop on their own, are the ones that seek out health services for assistance with smoking cessation. Among these, only 3% succeed in quitting without the aid of CBT and the use of medication, and there are always a great number of relapses⁽³⁾. For these smokers who seek specialized centers, the process of quitting is arduous especially while coping with the ambivalence that nicotine entails. They are aware of all the harm that smoking brings to them but continue smoking because of their great dependence on the drug (3)..

6 Some patients are able to quit smoking with less suffering while others try several times and are not able to stop. There are possibly some individual characteristics that are responsible for these different patient profiles, like those related to their psychological state. Thus, it is possible that there are changes in the levels of anxiety, depression, motivation, and stress during the process of tobacco cessation⁽⁵⁾. Thus, the present study aims to evaluate the influence of interventions applied (medications and Cognitive Behavioral Therapy) on some factors which usually make tobacco cessation more difficult.

7 Methods

8 This is a cohort study in which the patients evaluated were over 18 years of age, and spontaneously sought out the smoking cessation programs of four health units in Cuiabá, MT (Campo Velho Health Center, Júlio Müller University Hospital, Coxipó and Planalto Polyclinics). All the smokers who enrolled in the initial phase of the program, from May to August 2012, were invited to participate in this study, and those who

agreed were listed.

9 In the initial phase, there were 216 participants, 74 abandoned the program during the study period, and 142 completed the treatment within the 6 months (65.74%), with the three analyses previously defined and that forms our study population.

10 All the participants used the same treatment protocol: Nicotine Replacement Therapy (NRT) associated with Bupropion and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), and the rate of success among those who finalized the process of cessation was 57.04% in 6 months of monitoring.

11 The patients were evaluated at three different times referred to as: A1 (Initial evaluation), A2 (Evaluation 45 days afterwards) and A3 (Evaluation 6 months afterwards), as shown in figure 1.

12 In phase A1(Initial), during the initial interview, the patients were evaluated by the doctor responsible for the program and then received medication. They had the initial evaluation with the main researcher (psychologist) who applied all the instruments and counseled them in relation to the plan of the proposed treatment and scheduled the beginning of the CBT session.

13 After data collection in the initial phase (A1), the patients were invited to attend CBT for four group sessions (10 to 15 patients each), lasting one hour and a half, once a week during a period of four weeks. A posteriori, there were five follow-up meetings: 15 days, 30 days, 60 days, 90 days and 180 days⁽⁷⁾.

14 In the 2nd evaluation (A2/45 days afterwards) and 3rd (A3/6 months afterwards) instruments that could possibly be modified with intervention (Urica, BAI, BDI, ISSL).

15 The following instruments were used:

1. Sociodemographic profile questionnaire: which contained 2 parts. Part I: Identification and sociodemographic data. Part II – Status of tobacco use with the following variables: duration of smoking, number of cigarettes per day and age of onset of smoking.
2. Fagerström Test (FTND): questionnaire utilized to evaluate nicotine dependence. It was developed by Karl-Olov Fagerström⁽⁸⁾ and validated in Brazil⁽⁹⁾. The results with scores above average were categorized as very dependable.
3. URICA: This test is used to evaluate motivational levels in patients having their results dichotomized in pre-contemplation/contemplation and preparation/action phases⁽¹⁰⁾. Was validated and standardized in Brazil for illicit drugs with transcription to tobacco⁽¹¹⁾.
4. Beck Anxiety Inventory (BAI): Consists of a list of 21 common symptoms characteristic of anxiety. It was developed by Beck⁽¹²⁾ and was validated in Brazil⁽¹³⁾. The results were dichotomized as minimum/mild and moderate/severe.
5. Beck Depression Inventory (BDI): This questionnaire has 21 items with four alternatives of increasing degrees of severity of depression, with scores of 0-3. It was developed by Beck⁽¹⁴⁾ and validated in Brazil⁽¹³⁾. The results of this inventory were dichotomized into minimum/mild and moderate/severe.
6. Inventory of Stress Symptoms Lipp (ISSL): This questionnaire was validated in Brazil verifies whether or not the individual has symptoms of stress which are then classified into 4 phases: alarm, resistance, near exhaustion and exhaustion and with the predominance of either physical or psychological symptoms or both⁽¹⁵⁾, and the results of this inventory were dichotomized into: no stress and with stress.

16 The data was checked and entered twice into Epidata Version 3.1 and posteriorly analyzed in the program STATA Version 13.0 and SPSS Version

17. For the data analysis, initially descriptive analyses were performed, using measurements of position and variation (average, median and standard deviation) and box plots (Box-plots). Subsequently, an inferential analysis was carried out and the data distribution was observed, verifying that the data of continuous variables did not have normal distribution. Thus non-parametric tests were used to make paired comparisons in the three evaluations through Wilcoxon's test. Wilcoxon's paired test is used to compare if the measurements of the position of the two samples are equal, in the event that the samples are dependent⁽¹⁷⁾. In all comparisons, a level of significance of 0.05 ($p < 0.05$) was adopted.

17 This research was evaluated and approved by the Research Ethics Committee (REC) on May 9, 2012, (CAAE nº 0106612.6.0000.5541) and REC resolution (CEP no. 19548).

18 Results

18 The sociodemographic data of the population show that females represented a large part of the participants with 70.42%, and they were between 40 and 59 years of age (63.38%). In relation to marital status, 55.63% had no partner, and 89.44 had children. Regarding years of schooling, 71.3% had over 8 years of education.

20 Many smokers had jobs 57.04%. Regarding family monthly income, a significant portion, 46.48% received less than 3 monthly minimum wages and at the time of the interview, the value was R\$ 622.00.

24 Data referring to the smoking of the population shows that in relation to the duration of smoking, 80.28% patients smoked the equivalent of a period of 20 years or more. In relation to the quantity of cigarettes smoked a day, 39.44% of the patients smoked between 11 to 20 cigarettes. According to Fagerström, 69.01% had high or very high

dependence (6-10 points).

22 Of the 142 patients who completed the six month sessions, 81 (57.04%) were able to quit smoking, and the majority (65.43%) chose to quit abruptly.

23 Figure 2 shows the motivational levels (URICA) of the patients at the three phases of evaluation (A1, A2, and A3), with its respective percentage. At the initial evaluation (A1), 20.42% of the patients were in the preparation/action phase and at the final evaluation (A3), this percentage rose to 82.39%. It is observed that there was a significant reduction in the scores of the stages precontemplation/contemplation when the initial evaluation (A1) was compared to the 2nd evaluation (A2/45 days afterward) and with the final evaluation (A3/6 months afterward) ($P < 0.001$). However, when comparing A2 with A3, no statistically significant difference was observed ($p = 0,499$). These comparisons were performed by the Wilcoxon test.

24 The anxiety levels (BAI) in the patients' evaluations in A1, A2 and A3 presented the following averages with standard deviations of 17.58 ± 11.44 ; 13.02 ± 10.22 and 12.61 ± 10.75 and medians of 16.00, 11.00, and 10.00 respectively. This decrease in the measurements of the positions is demonstrated by the median and the box plot, in Figure 3, where it is observed that the BAI decreases in the evaluations of A2 and A3, when compared with the evaluation of A1, both with p value lower than 0.001 ($p < 0.001$). However, there was no statistically significant difference between the BAI rating in A2 (45 days, post-intervention) when compared with the evaluation in A3 (6 months, control).

25 In relation to the result of the level of depression (BDI), one observes that in the evaluations A1, A2 and A3, the patients showed averages with standard deviations of 16.01 ± 9.99 ; 11.87 ± 9.13 and 10.55 ± 9.58 with

medians of 14.00, 10.00 and 8.00 respectively. The reduction of the position of the measurements was evident by the median and the Box plot in Figure 4. This reduction was statistically significant when compared to the evaluations of A2 and A3 with A1, having p values lower than 0.001 ($p < 0.001$), as well as of A2 to A3, with p value of 0.003 ($p = 0.003$), verified by the Wilcoxon test.

26 In relation to stress, Figure 5 shows the results of the patients grouped in With Stress and Without Stress. The comparison of the evaluation in A1 with the second evaluation (A2) shows the statistically significant reduction in the result of the ISSL ($p = 0.002$), as well as when the result of the evaluation in A1 is compared with A3 (6 months afterwards) ($p = 0.025$). However, when comparing the evaluation in A2 with A3 there was no statistically significant differences ($p = 0.662$), Wilcoxon test.

27 Discussion

28 The present study showed that in the pre-intervention evaluation, most of the patients (A1 = 79.58%) were in the stage of pre-contemplation or contemplation, and 45 days after the beginning of the intervention, this number reduced significantly to 14.79% (A2). It is observed that the impact of this reduction was greater between the period of the first evaluation when compared with the second one, a time when the cognitive-behavioral intervention was more intense as the number of sessions of treatment was weekly. Possibly, in spite of the use of drug therapy, the more intense CBT action was responsible for these changes in these smokers' behavior. This same conclusion was verified by other authors who evaluated the effectiveness of the cognitive-behavioral treatment approach⁽¹⁸⁾.

29 This data helps to alert health care professionals, who welcome and participate in cessation programs, to reinforce the need to work on

motivation, because the majority of smokers seeking help are not really ready to quit smoking. Motivational reinforcement is essential to encourage any behavioral changes, and it is fundamental to work on the ambivalent behavior of smokers, who want to abandon the drug but at the same time feel incapable of doing so⁽¹⁹⁾.

30 Therefore, it is suggested that the health professionals involved in the dynamics of the cessation process must perform the Motivational Interview (MI) using the individualized therapeutic interventions for people who are unmotivated or unprepared and ambivalent, encouraging them to reflect and make changes in their behavior and move on to the action stage. Some elements which are essential to deal with the changes are summarized in the English acronym FRAMES which means: Feedback (provide feedback), Responsibility (emphasis on the responsibility of the patient himself/herself), Advice (Direct counseling to obtain changes), Menu (alternatives of options of choices), Empathy, and Self-efficacy (The patient must believe in his/her own capacity of change)⁽²⁰⁾. This is in accordance with the Transtheoretical Model of Behavioral Change (TTM), which has the main assumption that successful self-changes are related to the application of the right strategies (process) at the right time (stages)⁽²¹⁾.

31 Another important result in this study was the change in the scores of the questionnaire which measures anxiety levels (BAI). The comparative results of anxiety levels show a great reduction from A1(initial evaluation) to A2(45 days afterwards) and A3(6 months afterwards). There are few reports on the development of smokers' anxiety during the cessation process, which makes comparisons with the results found here difficult. A study with a similar result of reduction of the anxiety level was done with only one patient⁽²²⁾.

32 The relationship between smoking and anxiety is very complex. People

with these disorders are twice as likely to smoke than the general population, and these disorders are more common in smokers than non smokers^(4, 23). One of the reasons cited for this association is that smoking can be a way of self-medicating oneself to treat anxiety symptoms, because nicotine reduces negative emotions and is anxiolytic (24-25). Moreover, the anxious smoker has greater difficulty in abandoning their dependence thus showing high levels of relapse and therapeutic weakness^(4, 23, 24).

23 Anxiety can be defined as an emotional state with psychological and physiological components, which is part of the normal spectrum of human experiences which motivates performance. It can be pathological when it is disproportionate to the situation which triggers it, or when it is directed at a subject that does not really exist⁽²⁶⁾. Therefore, it is important to remember the role anxiety plays in smokers during the smoking cessation process while they are being assisted and aim at helping them overcome these symptoms.

24 As with anxiety, the results of the questionnaire which evaluated depression levels also experienced the impact from interventions carried out during the cessation process, reducing the smokers' scores. That is, the smokers who remained in the program changed their depression profile and were less depressed with the measures of interventions carried out. Possibly, the sum of the effects of medication, especially the bupropion, which is an antidepressant, along with the CBT were responsible for the results that were obtained. In this case, the drug treatment functions as an assistant to the behavioral approach at the stage where the smokers show symptoms of withdrawal syndrome, because it facilitates the approach to the patient, who has been gradually stimulated and guided to deal with dependence and to try to break the conditioned associations made with cigarettes⁽⁵⁾.

26 Depression includes some mental disorders such as major depression, dysthymia, bipolar depression, and others. Although comorbidity between smoking and depression has been documented, the mechanisms of this association are controversial, since biological, psychological, and social factors could be contributing to this association⁽²⁷⁾. However, there is strong evidence of comorbidity between smoking and depressive disorders, and people who suffer from depression, use nicotine to alleviate these symptoms^(24, 27).

26 Along with the results of anxiety and depression, stress levels also decreased significantly from the first to the second and third evaluations. It was verified that after the initial phase of the cessation process which has the greatest presence of withdrawal symptoms, stress levels can be reduced.

27 It is known that the prevalence of stress in smokers is higher than in non-smokers⁽²⁸⁾. Smokers claim that smoking is relaxing and alleviates stress. This is reported as one of the main reasons people smoke and is considered a true anesthetic for feelings and emotional conflicts⁽²⁹⁾. Paradoxically, although smokers report that smoking helps individual relaxation, smokers' stress levels are higher when compared to non-smokers. In addition, nicotine dependence increases stress, and the apparent relaxing effect of smoking is fast and transient, showing only the level of the circulating drug. Soon after, with the metabolism of nicotine, tension and irritability settle back in smokers, and they feel the need to return to the consumption of the drugs to become relaxed again⁽²⁸⁾. However, even with increasing stress levels in the initial period of the cessation process, after 14 days of withdrawal, the ex-smoker became less stressed⁽³⁰⁾.

28 The most important limitation of this study is the lack of knowledge of the percentage of participation of drug therapy or CBT in the results that

were found. It is suggested that further studies be conducted with a control group to confirm the effectiveness of one or another form of intervention on the variables studied here. One can only conjecture that possibly CBT played an important role in these results, since the variables modified by the interventions performed were likely modified by CBT which was measured even after the end of the intervention, giving the impression that it was really behavioral change and not only the chemical effect of drugs which disappears in a few days after the end of the therapeutic regimen.

39 The results analyzed show that the great majority of smokers begin the smoking cessation process with low motivation, and that this changed with the interventions made within the cessation program. The action of medications, by diminishing withdrawal symptoms, associated with CBT and with the applied techniques of change in the behavior of these smokers were decisive for these findings, and this result was fundamental for the contribution in the treatment of smokers.

40 Thus, it is concluded that the interventions conducted were significantly influenced by some factors that generally make the cessation of smoking more difficult because besides the increase in the degree of motivation, they reduced levels of anxiety, depression, and stress during the evaluations of the cessation program.

41 References

42

1. World Health Organization. Global Status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Levy D, Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke policy simulation

model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. *Pub Med*. 2012; (9)11.

3. Reichert J, Araujo AJ, Gonçalves CMC, et al. Smoking cessation guidelines – 2008. *J Bras Pneumol*. 2008; 34 (10): 845-80.

4. Piper ME, Cook JW, Schlam TR, et al. Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment. *Addiction*. 2010; 106: 418-27.

5. Martins KC, Seidl EMF. Mudança do comportamento de Fumar em participantes de grupos de Tabagismo. *Psic: Teor e Pesq*. 2011; 27(1): 55-64.

6. Pereira LFF. O que é terapia estendida e quando poderá ser indicada. *Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. Alberto José de Araújo (coord). São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

7. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer/INCA. *Deixando de Fumar sem Mistérios – Manual do Coordenador*. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

8. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav*. 1978; 3(3-4): 235-41.

9. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerstöm test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *RBM - Rev Bras Med*. 2002 Ene-Fev; 59

(1): 73-80.

10 McConaughy EA, DiClemente CC, Prochaska JO, et al. Stages of change in psychotherapy: a follow up report. *Psychotherapy*. 1989; 26: 494-503.

11. Szupszynski KPD, Oliveira MS. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico USF*. 2008; 13(1):31-9.

12. Beck AT, Epstein N, Brown G et al. An Inventory for Measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56: 893-7.

13. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiat*. 1961;4:53-63.

15. Lipp, MN. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

16. Siegel S, Castellan NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2ª ed. Artmed: São Paulo; 2006.

17. Silva ST, Martins MC, Faria RF, et al. Combating smoking in Brazil: the strategic importance of government actions. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(2): 539-52.

18. Russo AC, Azevedo RCS. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital universitário. *J Bras Pneumol*. 2010; 36(5): 603-11.

19. Miller WR, Rollnick S. - Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
20. Miller WR, Sanchez VC. Motivating Young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard, G (org). Issues in alcohol use and misuse by young adults. Notre Dame: Univesity of Notre Dame, 1993.
21. Prochaska, JO, Diclemente CC, Norcross JC. Search of How people change: applications to addictive behavior. Am Psychol. 1992; 47: 102-14.
22. Mundim MM, Bueno GN. Behavioral analysis in a case of dependence to the nicotine. Rev Bras Ter Comport Cogn. 2006; VIII(2): 179-91.
23. Mykletun A, Overland S, Aarø LE, et al. Smoking in relation to anxiety and depression: Evidence from a large population survey: The Hunt Study. Eur Psychiat. 2008; 23: 77-84.
24. Urdapilleta-Herrera EC, Sansores RH, Ramirez-Venegas A, et al. Ansiedad y depresión em fumadores mexicanos y su relación com el grado de adicción. Salud Publica México. 2010; 52(2):120-7.
25. Edwards AC, Kendler KS. Nicotine Withdrawal-induced negative affect is a function of nicotine dependence and not liability to depression or anxiety. Nicotine Tob Res. 2011; 13(8): 677-85.
26. Andrade LHS, Gorenstein C. General aspects of anxiety rating scales. Rev. Psiquiatr Clín. 1998; 25(6): 285-90.
27. Gigliotti AP, Lemos T. Quais as características das comorbidades psiquiátricas e do tabagismo: depressão, ansiedade e esquizofrenia? Manual de Conduas e Práticas em Tabagismo – Sociedade Brasileira de

Pneumologia e Tisiologia. Alberto José de Araújo (coord). São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

28. Rosemberg J. Nicotina: droga Universal. São Paulo: SES/CVE; 2003 [Internet]. [Cited 2011 may 1]. Available from: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/nicotina.pdf.

29. Ivings K. Livrar-se do cigarro – um plano para aniquilar o vício em nicotina. São Paulo: Madras, 2009.

30. Fitzpatrick P. Official United States Air Force Website. Using tobacco does not reduce stress, researchers report. [Internet]. United States: US Air Force; 2011 Apr 29 [Cited 2013 Feb 4]. Available from: <http://www.af.mil/News/ArticleDisplay/tabid/223/Article/113470/using-tobacco-does-not-reduce-stress-researchers-report.aspx>

Imagens enviadas pelo autor. (Images sent by the author)

Caso não esteja visualizando a imagem corretamente acesse a versão online clicando no link a seguir:

http://www.torquatosmolinska.com.br/wp/detalhe_simples.asp?cod_fluxo=4527&cod_verao=1376500&Submissao=1&cache=94404

1 Figura

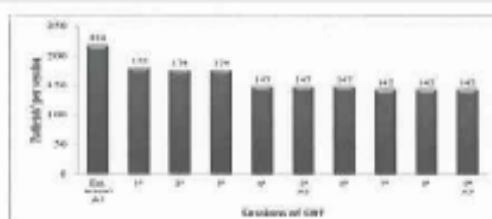


Figure 1 – Patients' flowchart per session of CBT and evaluations of the study – Cuiabá, MT, 2013.

Caso não esteja visualizando a imagem corretamente acesse a versão online clicando no link a seguir:

http://www.torquatosmolinska.com.br/wp/detalhe_simples.asp?cod_fluxo=4527&cod_verao=1376500&Submissao=1&cache=94404

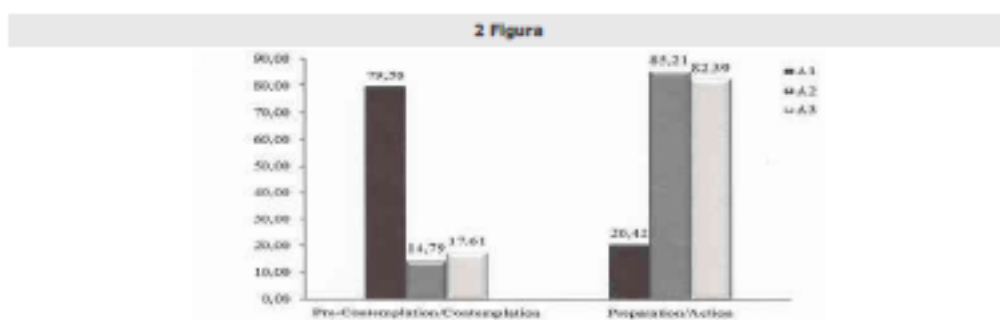


Figure 2 – A comparison of the 3 evaluations of the motivational levels (UBICA) of patients - Curitiba, MT, 2013.

Caso não esteja visualizando a imagem corretamente acesse a versão online clicando no link a seguir:

http://www.lacna.depsneurolologia.com.br/app/visualiza_simples.asp?conf_fluxo=45278conf_vercao=13765806/Submissao=1&cache=84404

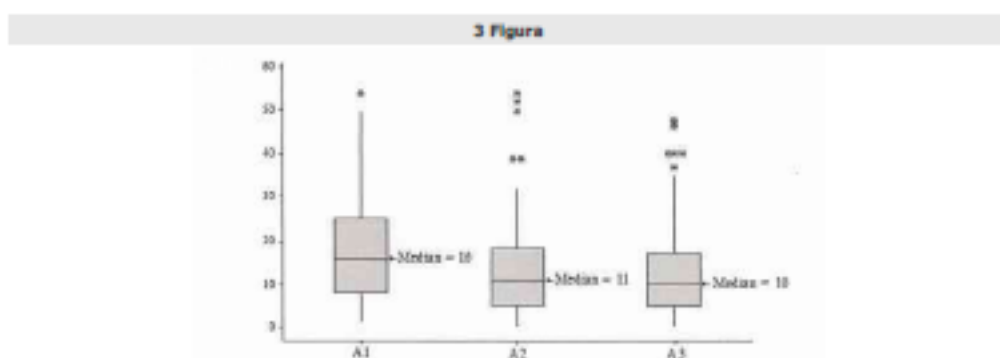


Figure 3 – A comparison of the 3 evaluations of the levels of anxiety (BAI) of patients - Curitiba, MT, 2013.

Caso não esteja visualizando a imagem corretamente acesse a versão online clicando no link a seguir:

http://www.lacna.depsneurolologia.com.br/app/visualiza_simples.asp?conf_fluxo=45278conf_vercao=13765806/Submissao=1&cache=84404

4 Figura

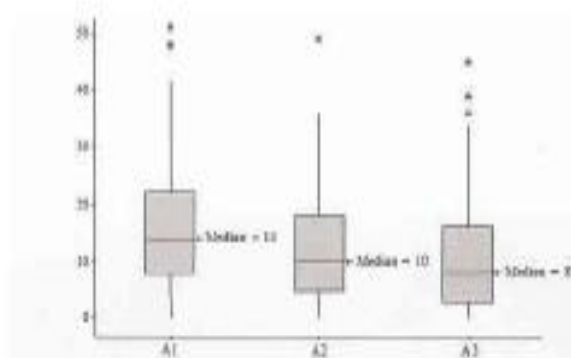


Figure 4 – A comparison of the 3 evaluations of the levels of depression (BDI) of patients - Curitiba, MT, 2013.

Caso não esteja visualizando a imagem corretamente acesse a versão online clicando no link a seguir:

http://www.torcallesneurociencia.com.br/revista/revista_simples.asp?cod_fluxo=4577&cod_verao=1376500&Submissao=18&cache=44404

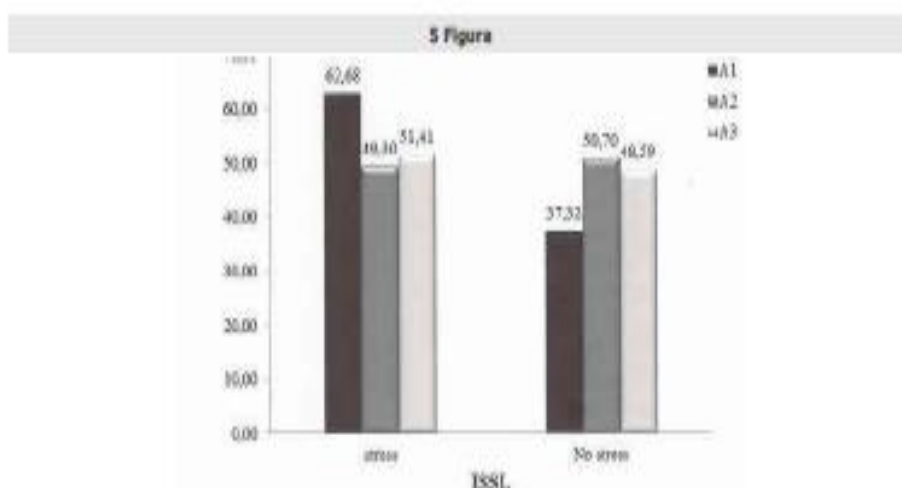


Figure 5 – A comparison of the 3 evaluations of patients' stress levels (ISSL) - Curitiba, MT, 2013.

Não foram enviadas vídeos pelo autor (The author didn't send videos)

ANEXOS

ANEXO A – MODELO DE QUESTIONÁRIO DO INCA/MS

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO
Abordagem e Tratamento do Tabagismo

I - Identificação do Paciente

Nome: _____ Nº Prontuário: _____

Sexo: Feminino Masculino

II - Exame Físico:

- Peso _____ - Altura _____ - PA _____
 - ACV _____ - AR _____ - Abd _____
 - CO _____ HbCO _____ Há quanto tempo fumou o último cigarro _____ Hora do exame: _____

III - História Patológica Progressiva:

	SIM	NÃO	TRATAMENTO
1. Você tem ou teve freqüentemente aftas, lesões (feridas), e/ou sangramento na boca?	()	()	
2. Você tem diabetes mellitus? Está em tratamento?	()	()	
3. Você tem hipertensão arterial? Está em tratamento?	()	()	
4. Você tem ou teve algum problema cardíaco? Está em tratamento?	()	()	
5. Você tem ou teve freqüentemente queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?	()	()	
6. Você tem ou teve algum problema pulmonar? Qual? Está em tratamento?	()	()	
7. Você tem alergia respiratória? Está em tratamento?	()	()	
8. Você tem alergias cutâneas? Está em tratamento?	()	()	
9. Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno? Onde? Está em tratamento?	()	()	
10. Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia? Está em tratamento?	()	()	
11. Você tem anorexia nervosa ou bulimia? Está em tratamento?	()	()	
12. Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade? Está em tratamento?	()	()	
13. Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?	()	()	

Caso tenha respondido sim para as duas questões anteriores (12 e 13), fazer as perguntas sobre depressão

1) Você costuma ingerir bebidas alcóolicas com que freqüência durante a semana?
 Nunca Todos os dias Finais de semana Raramente
 Caso responda "todos os dias" ou "finais de semana", aplicar o teste CAGE

CAGE :

- a) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?
 Não
 Sim
- b) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?
 Não
 Sim
- c) Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?
 Não
 Sim
- d) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?
 Não
 Sim

Três ou quatro respostas positivas no CAGE mostram uma tendência importante para o alcoolismo.

IV - História tabagística:

- 1) Com que idade você começou a fumar? _____
- 2) Em quais das situações o cigarro está associado no seu dia-a-dia? *(pode escolher vários)*
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ao falar no telefone | <input type="checkbox"/> após refeições | <input type="checkbox"/> com bebidas alcoólicas |
| <input type="checkbox"/> com café | <input type="checkbox"/> no trabalho | <input type="checkbox"/> ansiedade |
| <input type="checkbox"/> tristeza | <input type="checkbox"/> alegria | <input type="checkbox"/> nenhum |
| <input type="checkbox"/> outros _____ | | |
- 3) Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para fumar: *(pode escolher vários)*
- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| - Fumar é um grande prazer | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - Fumar é muito saboroso | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - O cigarro te acalma | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - Acha charmoso fumar | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - Você fuma porque acha que fumar emagrece | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| Outras _____ | | | |
- 4) Quantas vezes você tentou deixar de fumar?
- de 1 a 3 vezes
- + de 3 vezes
- tentou mas não conseguiu parar *(seguir para pergunta 7)*
- nunca tentou *(seguir para pergunta 9)*
- 5) Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos 1 dia?
- 1 vez 2 vezes 3 vezes mais de 3 vezes
- 6) Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar?

- 7) Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?
- Nenhum Medicamento. Qual? _____
- Apoio de Prof. Saúde Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais, entre outros
- Outros _____

- 8) Você já participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento do tabagismo nessa unidade?
 Sim
 Não
- 9) Por que você quer deixar de fumar agora? *(pode escolher vários)*
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Porque está afetando minha saúde | <input type="checkbox"/> Eu estou preocupado com minha saúde no futuro |
| <input type="checkbox"/> Outras pessoas estão me pressionando | <input type="checkbox"/> Porque meus filhos pedem |
| <input type="checkbox"/> Pelo bem-estar da minha família | <input type="checkbox"/> Porque não gosto de ser dependente |
| <input type="checkbox"/> Fumar é anti-social | <input type="checkbox"/> Fumar é um mal exemplo para as crianças |
| <input type="checkbox"/> Porque gasto muito dinheiro com cigarro | <input type="checkbox"/> Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados |
- 10) Você convive com fumantes em sua casa?
 Sim, qual o grau de parentesco? _____
 Não
- 11) Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?
 Sim
 Não

V - Teste de Fagerström

- 1- Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
- | | |
|-----------------------|-----|
| Dentro de 5 minutos | (3) |
| Entre 6 e 30 minutos | (2) |
| Entre 31 e 60 minutos | (1) |
| Após 60 minutos | (0) |
- 2- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?
 Sim (1)
 Não (0)
- 3- Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
 O primeiro da manhã (1)
 Outros (0)
- 4- Quantos cigarros você fuma por dia?
- | | | |
|-------------|-----|-------|
| Menos de 10 | (0) | _____ |
| De 11 a 20 | (1) | _____ |
| De 21 a 30 | (2) | _____ |
| Mais de 31 | (3) | _____ |
- 5- Você fuma mais freqüentemente pela manhã?
 Sim (1)
 Não (0)
- 6- Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
 Sim (1)
 Não (0)

Pontuação = _____

Grau de dependência
0-2 => muito baixo
3-4 => baixo
5 => médio
6-7 => elevado
8-10 => muito elevado

VI - Avaliação do Grau de Motivação:

- Contemplativo: motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias
- Ação: já tem uma data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês
- Recado: retornou ao consumo habitual de cigarros

VII - Observações:

ANEXO B - FAGERSTRÖM TOLERANCE OF NICOTINE DEPENDENCE –
FTND

TESTE DE FAGERSTRÖM

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 min. () 3

Entre 6 e 30 min () 2

Entre 31 e 60 min () 1

Após 60 min () 0

2. Acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus, etc?

Sim () 1

Não () 0

3. Qual cigarro do dia te traz mais satisfação?

O primeiro da manhã () 1

Outros () 0

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

Menos de 10 () 0

De 11 a 20 () 1

De 21 a 30 () 2

Mais de 31 () 3

5. Fuma mais frequentemente pela manhã?

Sim () 1

Não () 0

6. Fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim () 1

Não () 0

Pontuação:_____

Grau de Dependência: 0-2: muito baixo, 3-4: baixo, 5: médio, 6-7: elevado, 8-10: muito elevado.

ANEXO C – CAGE

CAGE

1. Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência durante a semana?

Nunca

Todos os dias

Finais de semana

Raramente

Caso responda “todos os dias” ou “finais de semana”, aplicar o CAGE:

A) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? Não Sim

B) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

Não Sim

C) Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

Não Sim

D) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

Não Sim

Três ou quatro respostas positivas ao CAGE mostram uma tendência importante para o alcoolismo

ANEXO D – UNIVERSITY OF RHODE ISLAND CHANGE ASSESSMENT –
URICA

Avaliação do Estádio de Mudança do Comportamento (versão reduzida)

Qual das afirmativas abaixo melhor se aplica à sua situação de fumante:

1. Você não está com vontade de parar de fumar () Pré-Contemplação
2. Você está com vontade de parar de fumar, mas não sabe ainda quando ()
Contemplação
3. Você tem tentado parar de fumar de um mês para cá, ou tem uma data e um esquema para fazê-lo nos próximos 30 dias () Preparação
4. Você tem feito uso descontínuo do cigarro de um mês para cá, ficando sem fumar pelo menos um dia inteiro durante este período () Ação

ANEXO E – TABELA DO MANUAL DO MONOXÍMETRO

HOW HIGH IS YOUR CO?

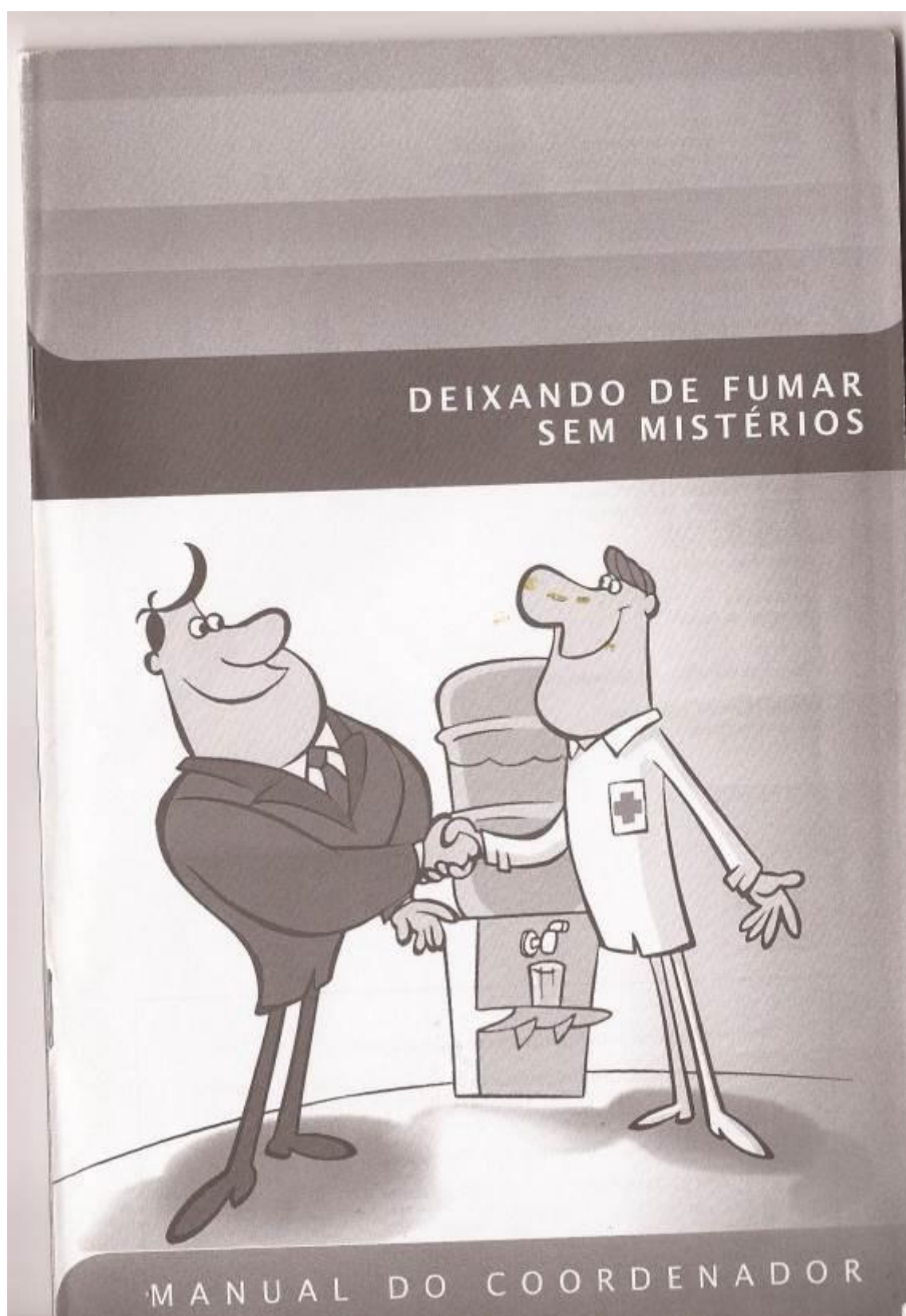
CO Measurement Table

CO (ppm)	%COHB	
20+	3.20+	HEAVY SMOKER
20	3.20	SMOKER
19	3.04	
18	2.88	
17	2.72	
16	2.56	
15	2.40	
14	2.24	
13	2.08	
12	1.92	
11	1.76	
10	1.60	
9	1.44	
8	1.28	
7	1.12	NON-SMOKER
6	0.96	
5	0.80	
4	0.64	
3	0.48	
2	0.32	
1	0.16	

www.cardinalhealth.com/micro

Cardinal Health
Queyide
Charham Marlino
Charham, Kent
ME4 4QY, UK
Tel: +44 (0)1634 931000

ANEXO F – MANUAL DO COORDENADOR – DEIXANDO DE FUMAR SEM
MISTÉRIOS



2005 - Ministério da Saúde
Proibida a reprodução total ou parcial desta obra,
de qualquer forma ou meio eletrônico, mecânico,
fotográfico e gravação ou qualquer outro, sem
a permissão expressa do Instituto Nacional de
Câncer/MS.
(Lei nº 5.908, de 14/12/73)

Ministério da Saúde
Humberto Costa

Secretaria de Atenção à Saúde
Jorge Sella

Instituto Nacional de Câncer
José Correa Temporão

Redação
Instituto Nacional de Câncer (INCA)
Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev
Rua dos Inválidos, 212 - 3º andar
CEP: 20231-020 - Rio de Janeiro - RJ
Tel: (21) 3970 7414
Fax: (21) 3970 7300
E-mail: conprev@inca.gov.br

Distribuição
Ministério da Saúde

Tiragem desta edição: 15.000 exemplares

Projeto Gráfico e Editoração
Master Publicidade S.A.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Atenção à Saúde.

Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev.
Deixando de Fumar sem Medicação. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
54 p.

1. Tabagismo. 2. Dependência. 3. Tratamento.

ISBN 85-7318-092-7 CDD - 616.934

2ª edição

Sumário

Informações básicas

Objetivos	4
Por que quatro sessões de grupo	4
Perfil do coordenador	4
Papel do coordenador	5

Estrutura das sessões

Atenção individual	7
Estratégias e informações	11
Revisão e discussão	12
Tarefas	12

Conteúdo das sessões

Sessão 1: Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde

Atenção individual	16
Estratégias e informações	17
Revisão e discussão	23
Tarefas	24

Sessão 2: Os primeiros dias sem fumar

Atenção individual	27
Estratégias e informações	27
Revisão e discussão	37
Tarefas	37

Sessão 3: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar

Atenção individual	40
Estratégias e informações	40
Revisão e discussão	43
Tarefas	43

Sessão 4: Benefícios obtidos após parar de fumar

Atenção individual	46
Estratégias e informações	46
Revisão e discussão	49
Tarefas	49

Informações básicas

Objetivos

O Programa é destinado a ajudar os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido. Ele consiste de uma abordagem ativa e pragmática, em que os participantes são incentivados a aplicar o que aprenderam com o Programa em outros aspectos da sua vida.

Por que quatro sessões de grupo

O Programa consiste de quatro sessões de grupo (de 10 a 15 pessoas), de uma hora e meia, uma vez por semana, por um período de quatro semanas. Num programa com essa duração, obtém-se tanto êxito quanto num programa mais longo. Contendo todos os elementos que são significativos para ajudar fumantes a pararem de fumar e a permanecerem sem cigarros, ele aborda os comportamentos, pensamentos e sentimentos dos fumantes. Finalmente, ele usa a interação de grupo para incentivar e apoiar as mudanças, sem, no entanto, estimular a dependência dos participantes ao grupo. Embora tenha sido elaborado para ser aplicado em quatro sessões de uma hora e meia, pode haver flexibilidade. Você tem a opção de conduzir encontros mais demorados, para mostrar filmes ou ampliar as discussões de grupo. No entanto, a programação básica deve ser sempre mantida.

Perfil do coordenador

O Programa deve ser coordenado por dois profissionais de saúde de nível universitário, previamente capacitados e que possuam as

seguintes qualidades: tenham compromisso com a preservação da saúde; gostem de trabalhar com grupos; tenham facilidade de relacionamento, flexibilidade e bom senso; sejam capazes de falar simples e diretamente e não serem fumantes. No entanto, caso não haja disponibilidade dos dois profissionais, os grupos poderão ser orientados somente por um deles.

Papel do coordenador

Como coordenador, você é responsável por manter todos os participantes envolvidos no processo. Isso significa envolvê-los nas discussões em grupo sempre que for necessário. É sua responsabilidade resumir para os participantes o conteúdo do Programa, que também é fornecido no Manual do Participante. Por essa razão, é importante que você se familiarize tanto com o Manual do Participante quanto com o Manual do Coordenador.

Seu papel no Programa não é o de um professor. A expectativa é de que você esteja informado sobre o assunto no momento em que for iniciada a primeira sessão de grupo. Não há necessidade de ser especialista em todos os aspectos do tabagismo. Se não estiver certo da resposta para algumas das perguntas dos participantes, é importante que o diga. Pergunte a outros membros do grupo se alguém conhece a resposta; se não, diga a eles que você vai procurá-la e trazê-la no próximo encontro.

Também é seu papel cuidar para que as sessões de grupo iniciem e terminem no horário preestabelecido, bem como manter os seus próprios comentários e as discussões do grupo dentro da pauta. Isso é especialmente importante, porque o Programa é dinâmico, intenso e com muito material para ser abordado em um período de tempo relativamente curto.

Finalmente, é sua responsabilidade manter um registro dos progressos feitos pelos participantes e guardar essas anotações para estudo e observações posteriores.

Estrutura das sessões

Cada sessão inclui quatro etapas:

- 1 Atenção individual
- 2 Estratégias e informações
- 3 Revisão e discussão
- 4 Tarefas

Cerca de 25 minutos de cada sessão devem ser gastos para cada uma das três primeiras fases, com um máximo de 15 minutos gastos na fase final (Tarefas).

As quatro fases têm o objetivo de ajudá-lo a estruturar as sessões de grupo e a determinar quanto tempo será dedicado às várias atividades. Não é necessário nem desejável anunciar o início de cada fase, ou chamar a atenção sobre a separação das fases de cada sessão. Cada fase será descrita a seguir.

Atenção individual

Abra cada sessão, exceto a primeira, solicitando perguntas e estimulando a troca de experiências. Em geral, participantes de grupos mostram-se ansiosos em compartilhar suas experiências. O fato de este Programa ter seu conteúdo condensado em seis horas estimula os participantes a serem ativos tanto em parar de fumar quanto em discutir dúvidas com o grupo.

No caso de o grupo estar pouco participativo, você pode provocar a discussão através de perguntas, tais como:

"Como vocês se sentem hoje, comparando como se sentiam na sessão passada?"

"Vocês estão achando mais fácil do que esperavam?"

"Desta vez está sendo diferente das suas tentativas anteriores de parar de fumar?"

Individualize a atenção durante esta fase e responda às perguntas dos participantes.

Alguns exemplos de perguntas e comentários de participantes são:

"Era para eu ter parado nesta sexta-feira, mas, ao acordar, fumei dois cigarros antes mesmo de me lembrar do meu objetivo!"

"O que você faz se não consegue se concentrar sem primeiro ter fumado um cigarro?"

“Como posso lidar com o meu parceiro fumante enquanto eu estou tentando parar?”

Seja o mais objetivo e abrangente possível ao responder às perguntas dos participantes. Evite cortar a discussão prematuramente. No entanto, será mais benéfico para o grupo ter questões de alguns participantes respondidas em profundidade do que ter todas as questões respondidas superficialmente.

Se houver muitas perguntas, pode ser que não haja tempo de abordar todas elas. Quando o tempo reservado para a Atenção individual terminar, informe que, caso alguém tenha uma questão pessoal mais urgente, pode procurá-lo ao final da sessão para marcar uma consulta individual.

É importante que você afirme, durante a primeira sessão, que às vezes será necessário limitar o tempo dedicado às preocupações de um participante, a fim de dar tempo para os outros.

Fazendo isso no início do Programa, você evitará que alguém se sinta envergonhado ou magoado caso seja preciso mudar o assunto da discussão.

De qualquer modo, mude o rumo da conversa se um participante estiver:

- a) repetindo o seu problema sem ouvir o retorno que lhe é dado;
- b) interrompendo repetidamente;
- c) discutindo assuntos irrelevantes;
- d) sendo rude;
- e) promovendo atitudes negativas no grupo.

Você deve ser gentil, mas assertivo, para retomar o objetivo da sessão. Alguns exemplos de intervenções a serem utilizadas:

8

“Entendo o seu problema, Pedro. Espero que algumas das sugestões que você acabou de ouvir possam ajudá-lo. Célia, você tinha uma pergunta?”

“Janete, vamos deixar o César terminar a sua fala. Eu gostaria de escutar cada um até o fim antes de poder dar um retorno.”

“Vamos retornar ao problema principal? De que forma esses assuntos se relacionam com o seu parar de fumar?”

“João, eu acho que todos terão uma chance maior de êxito se formos realmente positivos em nossos comentários.”

“Compreendemos o quão desamparada você se sente às vezes, Marisa. Nosso objetivo agora é aprender como assumir responsabilidades, de modo que cada um se sinta mais seguro ao parar de fumar. Tente se concentrar nisso conforme avançamos no Programa.”

Você pode maximizar o tempo dispendido na primeira fase de cada sessão se chamar a atenção para as experiências em comum. Por exemplo, se um participante discutir o uso de cigarros como uma forma de aliviar a ansiedade em festas ou outras situações sociais, você pode mencionar a experiência de algum outro participante que permaneceu sem fumar em situação semelhante. Integrantes de grupos para deixar de fumar geralmente gostam de saber que outras pessoas compartilham das mesmas situações. Tenha cuidado, no entanto, em reconhecer a individualidade de cada um e em atendê-la.

Embora possa não haver tempo suficiente para discutir em profundidade as experiências de cada participante em todas as sessões, é importante para cada um que, ao menos, seja mencionado o seu caso. Isto é, se ele ainda está fumando, quanto e o que está fazendo a respeito. Essa informação será útil para você saber quais aspectos a destacar na fase de Estratégias e Informações. Anote o número de cigarros que cada um fuma.

9

É útil fazer anotações durante a fase de *Atenção individual* das sessões. Essas anotações são estritamente para o seu uso. Revê-las após cada sessão vai ajudá-lo a planejar a sessão seguinte. Vai também auxiliá-lo a lembrar a situação particular de cada membro do grupo, de forma que os mesmos participantes não falem a cada sessão.

Se você pretende tomar notas, explique ao grupo, na primeira sessão, que irá fazê-lo. Diga que as anotações são para seu uso pessoal, a fim de planejar as sessões subsequentes. Não faça anotações em excesso. É mais importante que você mantenha contato visual com os participantes e lhes preste atenção. Anote as palavras-chave, frases e nomes ocasionais que servirão para despertar sua memória sobre os detalhes completos após a sessão.

A Sessão 1 tem sua fase de *Atenção individual* diferenciada das demais. Inicie fazendo sua apresentação pessoal, expondo o conteúdo do programa e, a seguir, solicite que cada participante apresente-se e responda às seguintes perguntas:

- 1 quanto você fuma?
- 2 o que faz você fumar?
- 3 qual o obstáculo mais difícil para você deixar de fumar?
- 4 quanto tempo depois de levantar você acende seu primeiro cigarro?

Lembre-se de fazer seus comentários tão individualizados quanto possível.

Estratégias e informações

A segunda fase de cada sessão consiste da apresentação das *Estratégias e informações*. Há uma grande quantidade de material para ser apresentado durante esse período de tempo. Apresente-o da maneira mais simples e direta possível, de modo que um mínimo de tempo seja necessário para trabalhar sobre os tópicos.

Peça aos membros do grupo para guardar a maior parte dos comentários sobre os temas para a fase de *Revisão e discussão*. Enfatize, no entanto, que os participantes devem sempre se sentir à vontade para fazer perguntas necessárias ao esclarecimento dos assuntos. Se os participantes não entenderem um ponto que você está apresentando, deixe-os pedir esclarecimentos na hora, em vez de deixá-los fazer quando você já tiver passado para um outro tópico.

O conteúdo que você apresenta aos participantes na fase *Estratégias e informações* também está apresentado no Manual do Participante. Eles entrarão em contato com cada tema de acordo com a seguinte ordem:

- 1 na sua apresentação durante a fase *Estratégias e informações*;
- 2 na fase *Revisão e discussão*;
- 3 no Manual do Participante;
- 4 na fase *Atenção individual* das sessões de grupo subsequentes, quando poderão existir mais questões, uma vez que os participantes lerão o material somente após cada sessão.

As estratégias e informações particulares a serem apresentadas estarão especificadas em detalhe dentro do conteúdo de cada sessão, que, por sua vez, tem um objetivo geral. Será útil para você iniciar cada fase de *Estratégias e informações* dizendo qual é esse objetivo e como as estratégias e informações que serão apresentadas relacionam-se com ele.

Revisão e discussão

Na etapa de Revisão e discussão de cada sessão você deve rever brevemente o material que acabou de apresentar na etapa Estratégias e informações. Se for útil, você também pode relacionar esse assunto com o apresentado na sessão anterior. Por exemplo, na Sessão 3, você irá descrever as melhorias físicas ocorridas após parar de fumar durante a fase Estratégias e informações. Na fase Revisão e discussão da Sessão 3, você poderá referir-se rapidamente à sua descrição sobre tabagismo e prejuízos à saúde apresentada na Sessão 1, desde que os benefícios relacionados ao abandono do fumo estejam diretamente vinculados àquela descrição.

A maior parte de cada fase de Revisão e discussão deve estar voltada para a discussão aberta entre os participantes sobre o material que você acabou de apresentar. Eles também poderão fazer uso desse período de tempo pedindo que você esclareça aspectos particulares do assunto e relacione as estratégias e informações com as situações pessoais.

Encoraje os participantes a compartilharem suas idéias e experiências entre si durante esse período. Além de dar as suas próprias sugestões aos participantes individualmente, sugira aos outros participantes que também o façam.

Tarefas

A fase de Tarefas de cada sessão de grupo deve durar no máximo 15 minutos. Essa fase tem duas partes. A primeira é pedir que leiam, no Manual do Participante, a sessão correspondente à que acabaram de participar. A segunda é chamar a atenção para os objetivos individuais que os participantes tenham estabelecido para si próprios. Peça-lhes para escolherem uma data para deixar de fumar e uma estratégia para fazê-lo antes da próxima sessão.

Conteúdo das sessões

O material a seguir constitui o conteúdo de cada uma das quatro sessões. Como você vai ver, em várias ocasiões, são feitas sugestões de maneiras pelas quais o coordenador pode apresentar uma determinada questão ou explicar um tópico específico. Embora parte do material esteja descrito dessa forma, você deve usar suas próprias palavras para apresentar o conteúdo do Programa. Ele pretende apenas esclarecer as informações e sugerir algumas formas para apresentá-las aos participantes.

Como foi dito anteriormente, cada sessão tem um objetivo geral para o participante. Relacione os aspectos específicos dos tópicos em discussão ao objetivo da sessão, particularmente no início de sua apresentação das Estratégias e informações.

Sessão 1. Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.

Sessão 2. Os primeiros dias sem fumar.

Sessão 3. Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar.

Sessão 4. Benefícios obtidos após parar de fumar.

Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde

Sessão 1

DEIXANDO DE FUMAR
SEM MISTÉRIOS



Roteiro

Atenção individual

- Apresentar-se ao grupo.
- Apresentar o Manual e o Programa.
- Promover as apresentações individuais.
- Formular quatro perguntas básicas.
- Anunciar o objetivo da Sessão 1: Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde.
- Descrever os aspectos do tabagismo.
- Descrever a ambivalência.

Estratégias e informações

- Descrever as estratégias para deixar de fumar: abrupta, gradual, redução e adiamento.
- Descrever os prejuízos à saúde provocados pelo tabagismo.

Revisão e discussão

- Breve revisão do material descrito.
- Faça perguntas e estimule o debate.

Tarefas

- Peça aos participantes para escolherem a sua data para deixar de fumar.
- Peça aos participantes para lerem a Sessão 1 do Manual do Participante, incluindo o teste sobre aspectos do tabagismo.

Objetivo dos participantes

Entender por que eu fumo e como isso afeta minha saúde.

Atenção individual

Dê boas-vindas aos participantes do Programa e cumprimente-os pelo seu desejo de parar de fumar e buscar ajuda. Apresente-se e descreva a sua experiência pessoal e profissional com o tabagismo. Relate o que o motiva a trabalhar com grupos de apoio. Se você for um ex-fumante, mostre como se sente a respeito de ter obtido êxito em parar de fumar. Se você nunca fumou, conte resumidamente alguma situação na qual os participantes percebam que você tem empatia com os fumantes. Por exemplo, você pode ter algum amigo próximo que teve dificuldades para deixar o cigarro e finalmente conseguiu, ter um familiar que sofre de uma doença associada ao tabagismo ou ter tido sucesso em superar algum outro tipo de comportamento compulsivo ou de dependência.

Ao apresentar o Programa, ressalte que ele focaliza a tarefa de parar de fumar sem pedir aos participantes que se envolvam em deveres de casa supérfluos, jogos ou atividades sem sentido. Informe-os de que se trata de um programa de apoio, mas que depende exclusivamente da motivação interior do participante em parar de fumar. Diga também que, ao final da sessão, você irá distribuir o conteúdo informativo, fazendo o mesmo nas sessões subsequentes. Rapidamente, reforce data e horário dos encontros e locais onde eles ocorrerão. Destaque a importância da presença e pontualidade em todas as quatro sessões de grupo.

Solicite a cada participante que se apresente e responda às seguintes perguntas básicas:

1 quanto você fuma?

2 o que faz você fumar?

3 qual o obstáculo mais difícil para você deixar de fumar?

4 quanto tempo depois de levantar você acende seu primeiro cigarro?

Lembre-se de fazer seus comentários após as respostas e tão individualizados quanto possível.

Estratégias e informações

Aspectos do tabagismo

O objetivo dessa discussão é mostrar que a nicotina é considerada uma droga que causa dependência química, ou seja, a perda do controle sobre seu uso, em razão da necessidade psicológica e/ou física da mesma. Ela faz com que as pessoas fumem apesar de saberem dos sérios riscos à saúde. Isso explica por que grande parte dos fumantes deseja parar de fumar mas não consegue.

Explique que o tabagismo provoca uma dependência – química – cuja natureza e intensidade variam de um fumante para outro. Além disso, o ato de fumar envolve várias associações de comportamentos ligados a rituais, hábitos individuais e sociais que criam, progressivamente, verdadeiros reflexos condicionados. Essas associações estabelecem-se inconscientemente, contudo, podem constituir um obstáculo para se deixar de fumar. Por exemplo, um fumante pode estar condicionado a fumar e também dependente físico da nicotina. Ele acredita que a sua dependência do cigarro o “ajuda” a lidar com o estresse, podendo ser esse elo o mais difícil de ser rompido. Peça aos participantes para pensarem sobre o que os leva a fumar, enquanto você vai fornecendo as informações que seguem.

"Muitos fumantes têm dependência da nicotina. Se você tem um desejo intenso por cigarro ("fissura") e não consegue ficar pelo menos duas horas sem fumar, é provável que esteja dependente. Por isso, é normal que os primeiros dias sem cigarros sejam os mais difíceis; depois, ficar sem fumar é tão fácil quanto para outros ex-fumantes.

A dependência psicológica refere-se ao significado ou à função que "o fumar" parece ter para você. A forma mais comum de dependência psicológica é o uso do cigarro para lidar com o estresse. Muitas pessoas sentem que o cigarro proporciona relaxamento; então, elas fumam sempre que estão tensas. Se fumar ajuda você a relaxar, é porque o cigarro lhe é familiar, da mesma forma que um amigo próximo. Assim sendo, é uma fonte de conforto para você. Outras pessoas usam o cigarro como uma forma de lidar com a solidão. Num sentido muito real, o cigarro se torna um companheiro. Alguns fumantes sentem que o fumar os estimula a serem criativos e assim fumam mais quando estão trabalhando. Ainda, outros fumam mais quando estão contentes ou se divertindo. Para eles, o cigarro parece estender o prazer.

Muitos fumantes estão condicionados a fumar sempre que tomam café. Inicialmente, você começou apenas acendendo um cigarro após o seu café, porque parecia um momento apropriado ou porque era uma atividade social comum.

Depois de algumas repetições, no entanto, a associação entre tomar café e fumar se tornou mais freqüente, de forma que, agora, cada vez que você pega uma xícara de café, tem desejo de fumar. Para a maioria dos fumantes, existem muitas associações como essa. Outras associações comuns são entre fumar e consumir bebidas alcoólicas, fumar e falar ao telefone, fumar e escrever um relatório, fumar e assistir à televisão, fumar depois de comer. Vocês podem citar algumas outras associações?"

18

Ambivalência: parar x continuar fumando

Deixe os participantes do grupo saberem que você reconhece que muitos deles se sentem ambivalentes a respeito de parar de fumar. Por um lado, eles querem parar e é por isso que estão freqüentando o Programa. Por outro lado, querem continuar a fumar – eles não pararam ainda. Relacione a discussão sobre ambivalência aos aspectos "do fumar" que você acabou de descrever. Ressalte, novamente, que as razões pelas quais as pessoas querem continuar a fumar variam de fumante para fumante. Explique que não é necessário livrar-se totalmente do desejo de fumar antes de parar. É comum a vontade de fumar desaparecer durante semanas e reaparecer com a mesma intensidade dos primeiros dias que a pessoa parou de fumar, porém essa sensação não ultrapassa 5 minutos. O importante é que o indivíduo em processo de cessação tenha consciência de que a abstinência deve ser mantida. Ele precisa saber que o desejo de fumar ainda pode ocorrer e que, portanto, respostas de enfrentamento devem estar sempre disponíveis. Na verdade, o indivíduo tem apenas que decidir o que ele quer mais: continuar ou parar de fumar. Enfatize que existem muito poucas escolhas na vida que são absolutamente claras. Na realidade, a maioria das decisões é baseada no "preferir" uma opção à outra. Sugira que uma forma de obter sucesso será através do confronto com suas ambivalências. O ponto mais importante é que, uma vez que se decida querer parar de fumar mais do que continuar, pode-se transformar a ambivalência em ação, deixando de fumar realmente.



19

Métodos para deixar de fumar

Existem dois métodos para deixar de fumar: **parada abrupta** e **parada gradual**. Diga aos participantes que a maioria das pessoas que conseguiram se tornar ex-fumantes parou abruptamente, mas que tanto o método abrupto quanto o gradual são bons. Defina-as como:

1. **Parada abrupta** significa parar de fumar de uma hora para outra, cessando totalmente o uso de cigarro. Por exemplo, você fuma normalmente dois maços de cigarros por dia hoje e nenhum amanhã.

2. **Parada gradual** é aquela em que o fumante escolhe parar de fumar em alguns dias.

Descreva as duas formas graduais para se deixar de fumar: **redução** e **adiamento**.

2.1. **Redução** significa que a pessoa conta os cigarros e fuma um número menor, predeterminado, a cada dia. Por exemplo, um fumante de 30 cigarros por dia pode decidir reduzir o número de cigarros em cinco a cada dia, por seis dias, até a data escolhida por ele para deixar de fumar.

No primeiro dia desse período, ele pode fumar seus 30 cigarros usuais;

no segundo dia	25;
no terceiro	20;
no quarto	15;
no quinto	10;
e no sexto	5.

O dia seguinte (o sétimo dia) seria a data para deixar de fumar e o primeiro dia sem cigarros.

Aconselhe os participantes a terem em mente que diminuir apenas um cigarro por dia é insuficiente, a menos que já fumem pouco.

2.2. **Adiamento** significa que a pessoa adia a hora na qual começa a fumar por um número de horas predeterminado a cada dia. Uma vez que comece a fumar cada dia mais tarde, não há necessidade de contar cigarros nem de se preocupar em reduzir o número a ser fumado. Por exemplo, o fumante pode decidir adiar por duas horas, a cada dia, a hora na qual começa a fumar durante um período de seis dias, até a data por ele escolhida para deixar de fumar.

No primeiro dia, ele pode começar a fumar às 9 horas;

no segundo dia	às 11 horas;
no terceiro	às 13 horas;
no quarto	às 15 horas;
no quinto	às 17 horas;
e no sexto	às 19 horas.

O dia seguinte (o sétimo dia) é a data escolhida para deixar de fumar e o primeiro dia sem cigarros.

O método gradual é recomendado para indivíduos que estão especialmente ansiosos a respeito de parar de fumar, pois não têm confiança nas suas chances de sucesso. Perceber que conseguem suportar um menor número de cigarros (redução) ou períodos de tempo maiores sem fumar (adiamento) pode aumentar a sua confiança. No entanto, entre os indivíduos com dependência física da nicotina, parar gradualmente pode resultar em desejo intenso pelo cigarro ainda mais pronunciado do que na interrupção abrupta. Enfatize que, se um participante escolher se preparar

para deixar de fumar pelo método gradual, ele deve levar apenas alguns dias nesse método. Diminuir o número de cigarros por um período de tempo mais longo, tal como várias semanas, pode ser contraproducente; geralmente indica que o fumante ainda não está suficientemente motivado para deixar de fumar. Assim, diminuir o número de cigarros pode se tornar uma maneira de protelar mais do que uma forma de se preparar para deixar de fumar. Além disso, abster-se do cigarro lentamente faz com que os sintomas de abstinência persistam por um período de tempo mais longo, propiciando maior risco de recaída.

Descrever as formas graduais lhe tomará mais tempo do que definir o método de parada abrupta. Assim sendo, para ter certeza de que a sua mensagem com relação às vantagens de optar pela parada abrupta será assimilada pelos participantes, você deve terminar a apresentação dizendo que, para a maioria dos fumantes, a parada abrupta é o melhor método para deixar de fumar, conforme se tem verificado na prática.

Tabagismo e prejuízos à saúde

Não se questiona o fato de que o cigarro é maléfico para a saúde. Os riscos precisam ser trazidos à atenção do grupo. Mostre a gama de condições causadas ou agravadas pelo tabagismo, não apenas câncer de pulmão mas também vários outros tipos de câncer (boca, faringe, laringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero), doenças cardiovasculares, enfisema pulmonar, bronquite crônica, sinusite, úlcera do trato digestivo e envelhecimento prematuro da pele.

A fumaça do cigarro contém aproximadamente 4.720 substâncias tóxicas que trazem efeitos danosos ao organismo. As mais importantes são:

monóxido de carbono (CO) está presente na fumaça do cigarro e tem uma afinidade grande pela hemoglobina (Hb) contida nos glóbulos vermelhos do sangue, que, por sua vez, transportam

oxigênio para os tecidos de todos os órgãos do corpo. A ligação do CO com a Hb forma o composto chamado carboxihemoglobina, que não se separa e não deixa o oxigênio (O₂) chegar aos tecidos. Dessa forma, o CO diminui a atividade do cérebro e também priva o coração do O₂ necessário ao seu metabolismo, causando doença coronariana (infarto do miocárdio e angina) e arterosclerose.

nicotina é vasoconstritora (diminui o calibre dos vasos sanguíneos), dificultando a circulação sanguínea, podendo levar à hipertensão arterial ou agravá-la, além de levar a doenças cardiovasculares, tais como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e osteoporose. Além disso, é broncoconstritora (reduz o calibre dos brônquios), provocando bronquite crônica. Leva, também, a enfisema pulmonar, úlcera gástrica, menopausa precoce, aborto espontâneo, recém-nascidos com baixo peso etc. Não podemos deixar de lembrar que a nicotina é a substância responsável pela dependência do tabaco.

alcatrão é composto por várias substâncias químicas, sendo responsável pelo aparecimento de vários tipos de câncer.

Revisão e discussão

Na etapa de Revisão e discussão de cada sessão, você deve rever brevemente o material que acabou de apresentar na etapa Estratégias e informações. Se for útil, você também pode relacionar esse assunto com o apresentado na sessão anterior. Por exemplo, na Sessão 3, você irá descrever as melhorias físicas após o "parar de fumar" durante a fase Estratégias e informações. Na fase Revisão e discussão da Sessão 3, você poderá, rapidamente, referir-se à sua descrição sobre tabagismo e prejuízos à saúde apresentada na Sessão 1, desde que os benefícios relacionados ao abandono do fumo estejam diretamente vinculados àquela descrição.

Tarefas

Peça a cada participante para escolher individualmente a data para deixar de fumar. Pode ser qualquer dia a partir da presente data até um dia antes da terceira sessão de grupo. Oriente-os na opção do método a ser adotado: parada abrupta ou parada gradual. Espere-se que todos os participantes compareçam à segunda sessão sabendo quando e como vão deixar de fumar. Alguns já terão deixado de fumar.

Recomende a leitura da Sessão 1 do Manual do Participante.



Os primeiros dias sem fumar

sessão

2

DEIXANDO DE FUMAR
SEM MISTÉRIOS



Roteiro

Atenção individual

- Incentive os participantes a demonstrarem suas experiências recentes.

Estratégias e informações

- Anuncie o objetivo da Sessão 2: Viver os primeiros dias sem cigarros.
- Conduza a discussão para a Síndrome de Abstinência.
- Explique o modo de usar a respiração profunda para relaxamento.
- Introduza três exercícios breves de relaxamento.
- Defina assertividade e discuta sua relação com o "parar de fumar".
- Descreva pensamentos construtivos.
- Incentive os participantes a fazerem desse período um momento único em suas vidas.

Revisão e discussão

- Breve revisão do material descrito.
- Pergunte e estimule o debate.

Tarefas

- Incentive os participantes a escolherem as datas em que irão parar, caso não o tenham feito ainda.
- Peça aos participantes que leiam a Sessão 2 do Manual do Participante.
- Lembre os participantes dos quatro procedimentos práticos apresentados.

Objetivo dos participantes

Viver os primeiros dias sem cigarros.

26

Atenção individual

Pergunte a cada participante qual a data que escolheu para deixar de fumar. Pergunte quem usou o método da parada abrupta e quem está usando um dos métodos graduais. Parabenize os que já tenham parado de fumar, utilizando algum tempo para saber como estão se sentindo e para responder às perguntas que tenham sobre suas experiências desde que pararam de fumar. Cumprimente também os participantes que não pararam ainda, porém que tenham superado alguma situação que esperavam ser difícil. Peça um retorno de todos sobre o teste Aspectos do Tabagismo, incluído no Manual do Participante.

Estratégias e informações

Sintomas de abstinência

Explique que alguns, mas não todos os ex-fumantes, apresentam sintomas de abstinência, que estão relacionados, principalmente, com a dependência física da nicotina, descrita na Sessão 1. É provável que nem todas as pessoas experimentem um mal-estar intenso como resultado do "parar de fumar". Em vez disso, elas podem experimentar algum desconforto leve. Há dois pontos muito importantes para se dizer sobre os sintomas de abstinência. Primeiro, os sintomas são todos limitados pelo tempo; a maioria desaparece dentro de uma a duas semanas. Segundo, os sintomas de abstinência são sinais de que o corpo está se restabelecendo e retornando ao estado saudável anterior ao início do tabagismo.

Reveja estes sintomas comuns de abstinência: o sintoma mais familiar é o desejo intenso por cigarros ("fissura"), que diminuirá após alguns dias e poderá até desaparecer completamente em cerca de duas semanas. O melhor caminho para superar um desejo intenso é ignorá-lo. Sugira aos participantes que, ao terem esse desejo, bebam um copo de água, dêem um telefonema, façam um exercício rápido de relaxamento (o qual você ensinará para

27

eles mais tarde nesta sessão), ou desviem a atenção do desejo de alguma outra forma. Enfatize que cada desejo desaparecerá se for ignorado por alguns segundos.

Um outro sintoma muito familiar é a tensão. Posteriormente, nesta sessão, você discutirá os meios físicos e psicológicos de lidar com a tensão.

Muitos fumantes relatam sensações de formigamento em braços e pernas após pararem de fumar, o que significa a melhoria da circulação. Assim que o corpo retornar ao normal, o formigamento desaparecerá.

Muitas pessoas sentem peso na cabeça, tontura ou dificuldade de concentração assim que param de fumar. Esses sintomas de abstinência decorrem do aumento de oxigênio que o cérebro está recebendo, agora que não há mais inalação de monóxido de carbono pelo cigarro. Eles desaparecerão por si próprios dentro de uma ou duas semanas, assim que o cérebro se tornar capaz de funcionar com um suprimento normal e saudável de oxigênio.

Alguns ex-fumantes ficam surpresos porque tosse mais após pararem de fumar. Isso acontece porque os cílios que revestem a mucosa dos brônquios foram paralisados enquanto o indivíduo fumava. A função dos cílios é limpar os brônquios, e isso acontece somente à noite, quando o fumante está dormindo e não fuma. Quando ele pára de fumar, os cílios voltam a trabalhar imediatamente, durante todo o tempo, retirando as partículas do pulmão e provocando tosse. Isso pode levar várias semanas, melhorando posteriormente. Contudo, saiba que o aumento da tosse é um sinal de que o corpo está se restabelecendo.

Mencione que há vários sintomas adicionais que alguns ex-fumantes relatam, tais como dor de cabeça, irritabilidade, agitação, sonolência, distúrbios no estômago e intestino, aumento do apetite e insônia. Pergunte se algum participante sabe de outro sintoma de abstinência. Note que, enquanto há razões fisiológicas para alguns sintomas, outros podem ser psicológicos.

Enfatize novamente que todos os sintomas desaparecerão dentro de um pequeno espaço de tempo e que nenhum deles é aflitivo de forma insuportável. Caso algum sintoma persistir ou for severo, avalie a necessidade de encaminhar o paciente a um médico, pois pode não estar associado à Síndrome de Abstinência.

Existem 4 procedimentos práticos, úteis para os novos ex-fumantes, que ajudam a lidar com o desejo intenso ("fissura"), a tensão e o ganho de peso:

- 1 beber muita água;
- 2 carregar, sempre que possível, alimentos de baixa caloria, pedacinhos de vegetais crus (cenoura, aipo etc.) e balas ou chicletes dietéticos;
- 3 fazer exercícios físicos;
- 4 respirar profundamente.

Mencione sempre esses procedimentos a cada sessão.

Respirando profundamente

Explique aos participantes que a maneira correta de respirar é deixar o abdômen se expandir enquanto se inspira. Aguarde um minuto e deixe os membros do grupo tentarem respirar dessa forma, para ver se estão fazendo corretamente. A seguir, acrescente que, quando se está respirando profundamente com a intenção de relaxar, deve-se estar certo de levar maior tempo na expiração do que na inspiração.

Enfatize que os participantes devem aumentar seus exercícios físicos gradualmente e consultar um médico antes de fazer mudança maior na sua atividade física. Mencione os benefícios de caminhar como um exercício saudável que:

- 1 é menos cansativo que a maioria dos exercícios;
- 2 é um exercício aeróbico efetivo (ou seja, beneficia o coração, os pulmões e ajuda a melhorar a saúde);
- 3 queima calorias;
- 4 ajuda a reduzir o desejo intenso ("fissura") por cigarros;
- 5 ajuda a diminuir a tensão, o nervosismo e os sintomas de irritabilidade;
- 6 está disponível em qualquer época na maioria dos locais.

Exercícios de relaxamento

Explique ao grupo que o objetivo desse exercício é ajudar o indivíduo a aprender como relaxar seu corpo voluntariamente. É uma técnica para se praticar sempre, mas é especialmente valiosa para os primeiros dias sem cigarros. Explique aos participantes que você apresentará três técnicas para relaxamento, todas contidas no Manual do Participante. Incentive-os a selecionarem e lerem uma ou mais técnicas várias vezes em casa, de forma que se tornem familiares o bastante, para que sejam usadas todos os dias, principalmente nos primeiros dias sem cigarros. Enfatize que, de início, é importante praticá-las diariamente.

Oriente os participantes em cada um dos três exercícios descritos a seguir. Esteja certo de estar lendo devagar o bastante para que eles possam vivenciar, de forma relaxada, as sensações que você está sugerindo. Se preferir, você pode

gravar previamente as instruções e usá-las, de forma que você participe também dos exercícios.

Exercício de respiração profunda

Fique em pé, com os pés afastados, joelhos ligeiramente flexionados, ombros bem colocados, porém relaxados, colocando-se da maneira mais confortável possível. Em seguida, feche os olhos e deixe a cabeça pender para frente.

Deixando sua cabeça pender um pouco mais agora, sem tensionar o pescoço, inspire pelo nariz lentamente. Respire profundamente, deixando o abdômen se expandir enquanto você inspira. Prenda um pouco sua respiração e agora expire devagar.

Coloque o ar para fora através de seu nariz. Não se apresse e repita esse exercício quatro vezes em seu próprio ritmo. Faça isso lentamente. Pare por alguns instantes se você se sentir tonto. Não se apresse e, quando você se sentir pronto, abra seus olhos devagar.



Exercício de relaxamento muscular

Fique em pé com os pés firmemente plantados no chão, joelhos ligeiramente flexionados, ombros soltos, postura correta. Agora, feche os olhos. Pressione seus pés e faça um movimento com os dedos como se fosse agarrar o chão. Aperte mais.

Agora, suba a pressão pelos tornozelos até a panturrilha, contraindo mais até as coxas. Continue para cima pelo abdômen e tórax. Torne-os tensos, mais e mais, continuando até chegar aos ombros.

Dirija a tensão pelos braços até as mãos. Feche as mãos, contraindo-as. Agora, eleve a pressão pelo pescoço, face, boca e olhos. Agora, o couro cabeludo. Mantenha a contração. Mantenha-a.

Agora, relaxe. Relaxe calmamente. Aos poucos, vá relaxando todo o corpo. Quando você se sentir totalmente relaxado, abra os olhos lentamente.

Exercício de fantasia

Sente-se para esse exercício. Posicione-se de maneira confortável. Descruze suas pernas e coloque seus braços no colo ou lateralmente ao corpo. Feche seus olhos. Inspire profundamente e expire lentamente. Pense somente em deixar seu corpo relaxar como um boneco de pano.

Agora, conte até dez. Quando chegar a dez, você terá alcançado um estado do mais profundo relaxamento, que jamais experimentou. Enquanto conta de um a dez, deixe sua mente ser preenchida pela consciência de uma sensação de relaxamento cada vez mais profunda.

- 1 você está mais e mais relaxado;
- 2 a sala está desaparecendo;
- 3 deixe toda a sua sensação de tensão desaparecer completamente;
- 4 deixe todos os seus sentimentos de inquietude desaparecerem;
- 5 mais e mais profundamente;
- 6 sinta-se mais e mais relaxado, profundamente relaxado;
- 7 toda a sua tensão está indo embora completamente;
- 8 os nervos e músculos de seu corpo agora querem somente descansar;
- 9 tudo em você, agora, quer descansar;
- 10 você está totalmente relaxado.

Imagine-se agora caminhando calma e lentamente, descendo por uma trilha na relva de um morro, em direção a um riacho de águas límpidas e tranquilas. É de manhã cedo, e o sol morno está brilhando. O ar é fresco e perfumado. Você pode sentir o cheiro gostoso do capim. Às vezes um peixe pula no riacho; o riacho brilha na claridade da manhã, transparente e muito tranquilo. Você se sente lentamente na relva, à beira do riacho, e sente-se tranquilo. Uma brisa suave balança o capim levemente, e você olha para o céu azul, onde há nuvens bem brancas flutuando. Você se deita na relva, olha as nuvens e começa a flutuar ao encontro delas. Você é capaz de andar sobre as nuvens, e isso é divertido.

A temperatura está agradável, e o ar é limpo e fresco; o céu é azul, e as nuvens são macias, brancas e fofas. Você sente o sol

momo e, quando respira, sente todo o seu corpo se encher com ar fresco e limpo. Você está totalmente relaxado. Nesse momento, reafirme seu desejo de parar de fumar. Pense no seu compromisso em atingir essa meta. Você tem a certeza de que irá conseguir. Aproveite para mentalizar uma data para deixar de fumar. Pense nela novamente. Você vai conseguir. Mantenha essa sensação de conquista consigo. Agora, lentamente, comece a despertar.

▶ Você está aqui, sentado em sua cadeira, e ainda se sente bem. Muito relaxado e com muita energia. Aproveite essa sensação e procure mantê-la consigo durante todo o dia. Quando estiver pronto, abra lentamente os olhos e sorria.

Finalize o tempo reservado para os exercícios de relaxamento explicando que eles têm o objetivo de aliviar os sintomas físicos causados pelo estresse. Diga aos participantes que você agora falará sobre dois métodos que melhoram a forma de lidar com o estresse.

Assertividade

Defina assertividade como a capacidade de expressar o que se pensa ou sente. Pessoas passivas não expressam o que pensam ou sentem. Pessoas agressivas, por outro lado, expressam seus pensamentos e sentimentos de uma maneira que visa a controlar, dominar e/ou ferir outra pessoa. A meta é ser assertivo em vez de ser passivo ou agressivo. Explique aos participantes que alguns fumantes usam cigarros (um ou vários) como forma de evitar uma situação estressante. Se esses indivíduos fossem capazes de se confrontar com a situação estressante, poderiam, com mais facilidade, evitar fumar. Peça aos participantes para pensarem em formas de se tornarem mais assertivos. Algumas características associadas com a assertividade incluem:

- 1 falar usando frases curtas e diretas;

- 2 usar expressões como "Eu penso...", "Eu acredito..." e "Na minha opinião..."; de forma a assumir a responsabilidade pelas próprias idéias;
- 3 pedir aos outros para esclarecerem os pontos que você não entendeu;
- 4 descrever fatos objetivamente, em vez de enfeitar, exagerar, distorcer ou mentir;
- 5 olhar diretamente nos olhos do interlocutor;
- 6 apertar a mão das pessoas firmemente;
- 7 evitar justificar-se por tudo o que faz ou diz.

Reconheça que muitos indivíduos sentem maior irritabilidade quando param de fumar. Explique que isso é, às vezes, parte de uma suscetibilidade emocional aumentada, que caracteriza a Síndrome de Abstinência. Note que muitos indivíduos podem também chorar facilmente por uns dias. Se esse é o caso, a pessoa deve ser reportada à descrição de ambivalência da Sessão 1 do Manual do Participante. Um aumento do sentimento de raiva pode surgir do fato de o fumante não estar mais usando o cigarro para mascarar as emoções e suprimir essa raiva. O indivíduo pode se beneficiar aprendendo como se tornar mais assertivo em expressar sua raiva.

Pensamento construtivo

A maior parte do desconforto experimentado pelos que tentam parar de fumar é proveniente de pensamentos negativos. Por

exemplo, os fumantes frequentemente referem-se a uma sensação de vertigem leve por alguns dias após parar de fumar. Um indivíduo pode ficar muito perturbado com essa sensação. Outro indivíduo, no entanto, pode perceber a sensação de vertigem como uma agradável experiência de euforia. Obviamente, esse segundo indivíduo vai se sentir menos estressado e terá maior probabilidade de obter sucesso em permanecer sem fumar.

A saída é o pensamento construtivo. O conceito-chave é que seus pensamentos geram seus sentimentos. Peça às pessoas do grupo para manterem essa idéia em mente e, no caso de descobrir em si próprios sentimentos depressivos ou de tensão, perguntem-se sobre os motivos que estão produzindo esses sentimentos desagradáveis.

Que pensamentos estão gerando esses sentimentos?

Uma vez respondida essa pergunta, a tarefa é ver se conseguem pensar de maneira mais construtiva. Pensamentos construtivos produzirão emoções mais positivas.

Faça desse um momento único em sua vida

Conclua a fase de *Estratégias e informações* dessa sessão pedindo aos participantes para pensarem, agora e durante os próximos dias, sobre como pretendem fazer do momento de parar de fumar um momento único em suas vidas. Peça-lhes para pensarem construtivamente sobre formas de controlar situações estressantes e para fazer o mesmo em relação às maneiras de obter sucesso em parar de fumar. Sugira que uma forma de tornar esse momento único seja através do confronto com suas próprias ambivalências. Reporte os participantes para as duas listas que eles criaram na página do Manual do Participante.

Revisão e discussão

Na fase de *Revisão e discussão* de cada sessão, você deve rever brevemente o material que acabou de apresentar na fase *Estratégias e informações*. Você também pode relacionar esse assunto ao apresentado na sessão anterior.

Tarefas

Encoraje os participantes a terem em mente sua própria data para deixar de fumar.

Relembre a Sessão 2 do Manual do Participante. Em particular, recomende que os participantes comecem os exercícios de relaxamento.

Relembre os quatro procedimentos práticos:

- 1 beber água;
- 2 ingerir alimentos com poucas calorias;
- 3 fazer exercícios físicos;
- 4 respirar profundamente.

Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar

sessão 3

DEIXANDO DE FUMAR SEM MISTÉRIOS



Roteiro

Atenção individual

- Encoraje os participantes a compartilharem suas experiências recentes.

Estratégias e informações

- Anuncie o objetivo da Sessão 3: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar.
- Pergunte aos participantes quais os benefícios físicos que eles obtiveram desde que pararam de fumar.
- Descreva as causas do ganho de peso que se segue ao parar de fumar.
- Discuta o uso de alimentos de baixa caloria.
- Discuta brevemente o uso do álcool em relação ao parar de fumar.
- Conduza uma discussão sobre a importância de um bom apoio interpessoal.

Revisão e discussão

- Faça uma breve revisão do material descrito.
- Faça perguntas e encoraje a discussão.

Tarefas

- Peça aos participantes que leiam a Sessão 3 do Manual do Participante.
- Relembre aos participantes os quatro procedimentos práticos.

Objetivo dos participantes

Vencer obstáculos para permanecerem sem fumar.

Atenção individual

Agora todos já terão estabelecido suas datas para deixarem de fumar. A maioria dos participantes, provavelmente, terá deixado de fumar. Individualize suas congratulações para cada participante. Faça seu comentário também individualizado conforme as circunstâncias pessoais de cada um. Encoraje firmemente os que ainda não tenham parado, para continuar insistindo. Peça aos outros participantes que ofereçam sugestões àqueles que ainda estão fumando, ou aos que pararam de fumar, mas que ainda estão em conflito. O tom dessa discussão deve ser leve e comedido, mas não superficial. Também pergunte se os participantes estão mais assertivos e se acharam que os conselhos do Manual do Participante os auxiliaram.

Estratégias e informações

Melhorias físicas após parar de fumar

Alguns participantes estarão experimentando a Síndrome de Abstinência, mas outros já estarão aproveitando os benefícios por terem parado de fumar. Pergunte ao grupo: quem já está se sentindo melhor como resultado de ter parado de fumar? Se ninguém responder, você pode mencionar aumento de energia física e de agilidade para as atividades comuns, respiração mais fácil e melhorias no paladar e olfato.

Ganho de peso

Após parar de fumar, cerca de um quarto dos fumantes ganham peso – freqüentemente, um ganho ponderal considerável. Existem várias razões pelas quais os indivíduos podem ganhar peso durante esse período. Conhecer todas as razões pode ajudar na elaboração de um planejamento prévio, como forma de evitar armadilhas. As razões para o ganho de peso são:

- 1 você sente a necessidade de colocar alguma coisa em sua boca para substituir o cigarro;
- 2 você decide se permitir uma alimentação extra como prêmio por parar de fumar;
- 3 o seu paladar e, conseqüentemente, o seu prazer de comer estão aumentados;
- 4 sua saúde como um todo melhorou, por isso você tem um apetite maior;
- 5 em alguns ex-fumantes recentes, pode haver mudança no metabolismo, suficiente para levar a um ganho de peso significativo, mesmo sem aumentar a quantidade de alimentos ingeridos.

Refeições ligeiras com poucas calorias

É possível lidar com tudo isso, fazendo um planejamento prévio. No primeiro caso, o indivíduo pode levar consigo guloseimas dietéticas (bolas e chidetes, por exemplo) ou um pedacinho de pau-de-canela ou cristais de gengibre. Na segunda situação, o indivíduo pode selecionar um prêmio por ter deixado de fumar que não seja um alimento. Em todos os casos, a pessoa pode evitar o ganho de peso fazendo exercícios físicos e procurando incluir alimentos pouco calóricos, tais como vegetais crus, em suas refeições. É importante que você enfatize a existência de várias razões específicas para o ganho de peso após pararem de fumar, uma vez que os participantes podem pensar que isso é um fato inevitável. Não faça críticas, já que, para alguns fumantes, o problema do ganho de peso após parar de fumar é muito sério.

Álcool

Costuma haver um forte vínculo entre beber e acender um cigarro, principalmente para as pessoas que usam bebidas alcoólicas regularmente. Quimicamente, as ações do álcool e da nicotina são muito diversas, uma vez que o álcool é um agente depressor e a nicotina, um estimulante. Os grandes bebedores geralmente acham muito difícil parar de fumar por causa desse forte vínculo e também porque o álcool diminui a resistência das pessoas às tentações.

Alguns indivíduos acham que é útil evitar o álcool durante os primeiros dias de abstinência do cigarro, até que se sintam mais fortes na resistência ao desejo de fumar. Se os participantes forem beber assim que abandonam o fumo, pode ser útil modificar, de alguma maneira, tanto o que bebem quanto o seu estilo de beber. Isso atuará duplamente, diminuindo a associação entre bebida e fumo e lembrando-lhes de que agora são ex-fumantes. Mencione que o álcool faz mal à saúde.

Apoio interpessoal

Alguns ex-fumantes bem-sucedidos afirmam ter conseguido parar de fumar por si próprios. Ainda assim, pode ser útil contar com o apoio de outras pessoas durante os momentos mais difíceis. É natural que se deseje compartilhar com outros o sucesso nesse empreendimento. Encoraje os participantes para que falem, com pessoas de atitudes construtivas, sobre o seu desejo de fumar (fatos ou episódios bons e ruins). Estimule-os também a não discutirem a questão do abandono do fumo com pessoas de atitudes não construtivas. Certamente uma pessoa construtiva não estimulará o participante a procurar o caminho menos produtivo: largar tudo e pegar um cigarro quando as coisas estiverem difíceis. Pelo contrário, o estimulará a ter perseverança; não chamará a atenção para qualquer aumento da irritabilidade e da

raiva no comportamento do novo ex-fumante; não estabelecerá nenhuma relação entre o parar de fumar e uma atitude competitiva; e não fará nenhuma crítica, ou seja, simplesmente estimulará o participante a permanecer no rumo certo.

Revisão e discussão

Na etapa de *Revisão e discussão* de cada sessão, você deve brevemente rever o material que acabou de apresentar na etapa *Estratégias e informações*. Se for útil, você pode também relacionar esse assunto ao apresentado na sessão anterior.

Tarefas

Recomende que leiam a Sessão 3 do Manual do Participante.

Estimule os participantes a usarem os exercícios de relaxamento diariamente.

Relembre aos participantes os quatro procedimentos práticos:

- 1 beber água;
- 2 consumir alimentos com poucas calorias;
- 3 fazer exercícios físicos;
- 4 respirar profundamente.

Benefícios obtidos após parar de fumar

sessão 4

DEIXANDO DE FUMAR
SEM MISTÉRIOS



Roteiro

Atenção individual

- Estimule os participantes a compartilharem suas experiências recentes.

Estratégias e informações

- Anuncie os objetivos da Sessão 4: Benefícios obtidos após parar de fumar.
- Defina os benefícios indiretos e peça aos participantes alguns exemplos.
- Descreva as principais armadilhas evitáveis para permanecer sem cigarros.
- Descreva os benefícios a longo prazo obtidos com o parar de fumar.
- Mencione alguns planos de acompanhamento da coordenação do Programa.

Revisão e discussão

- Faça uma breve revisão do material descrito.
- Faça perguntas que estimulem a discussão.

Tarefas

- Pergunte aos participantes se querem trocar os números de telefone entre si. Em caso afirmativo, distribua papel e caneta.
- Reporte os participantes à Sessão 4 do Manual do Participante. Enfatize as vantagens de relê-lo como reforço e da prática de exercícios de relaxamento.
- Estimule os participantes a contatarem os coordenadores do grupo se tiverem alguma dúvida em algum momento.
- Encoraje os que não pararam de fumar a continuarem tentando.
- Estimule a participação dos que pararam de fumar nas sessões de manutenção.

Objetivo dos participantes

Sentir e usufruir os benefícios do parar de fumar.

Atenção individual

Congratule os participantes individualmente pelos seus sucessos. Seja positivo ao encorajar algum fumante que ainda não conseguiu parar de fumar. Determine quais os principais fatos que podem levar o indivíduo a possíveis tropeços.

Estratégias e informações

Benefícios indiretos do parar de fumar

Explique que os benefícios indiretos referem-se àqueles que ocorrem como parte de um processo global. Por exemplo, o ex-fumante deve sentir-se orgulhoso de ter parado de fumar e pode experimentar, como um benefício indireto, o aumento de sua auto-estima. O ex-fumante pode tornar-se mais assertivo e assim ficar mais livre, usufruindo, conseqüentemente, de maior prazer nas situações sociais. Como outro exemplo desse benefício indireto, o indivíduo pode descobrir um novo esporte que se torne uma recreação duradoura.

Prevenindo a recaída

Cite as principais razões pelas quais muitos indivíduos voltam a fumar mesmo depois de ter abandonado o cigarro por algum tempo. Fazer um planejamento prévio é a chave para prevenir as recaídas.

Um ex-fumante pode passar por uma crise, como, por exemplo, a morte de um ente querido ou um acidente de automóvel. Uma resposta automática a essa crise pode ser procurar o cigarro. Outras pessoas que desejam confortá-lo podem oferecer-lhe um cigarro. O ex-fumante pode aceitá-lo sem pensar. O caminho para os participantes se prevenirem dessa possível situação é pensar, agora, nas razões pelas quais não gostariam de voltar a fumar

mesmo numa crise. Muitos indivíduos relatam o fato de que, por pior que as coisas sejam, fumando elas ficarão ainda piores. O indivíduo sobreviverá à crise, porém, se fumar um cigarro, poderá retornar aos padrões anteriores.

Sugira a cada participante que pense em uma frase que expresse sua razão mais forte para não voltar a fumar. Peça a eles que a escrevam em um cartão, mantendo-o sempre consigo. Recomende que guardem a frase para si e não a compartilhem com os demais.

Uma segunda razão pela qual ex-fumantes retornam ao cigarro é que, por se sentirem bem e totalmente livres do apoio dele, imaginam que poderiam fumar um ou dois cigarros por diversão.

A regra é: evite um cigarro e você evitará todos os outros.

Alguns ex-fumantes recaem porque sua experiência ao abandonar o cigarro foi desagradável: seja porque eles engordaram ou tiveram problemas para controlar o estresse. Faça uma breve revisão dos conselhos das Sessões 2 e 3, referentes ao controle do estresse e do peso.

Benefícios a longo prazo

Informe aos participantes que os benefícios por terem deixado de fumar continuarão a aumentar, tanto quanto sua energia física. A tosse do fumante e a bronquite crônica desaparecerão. Os riscos de doenças cardíacas, enfisema e vários tipos de câncer continuarão a diminuir com o passar do tempo, até que, entre eles, não haverá maior risco para essas doenças do que para os que nunca fumaram. Finalmente, se essas pessoas estão poupando o dinheiro que gastavam com cigarros, suas economias estarão aumentando proporcionalmente ao aumento dos preços dos cigarros.



48

Revisão e discussão

Na fase de *Revisão e discussão* de cada sessão, você deve rever brevemente o material que acabou de apresentar na etapa *Estratégias e informações*. Se for útil, você também pode relacionar esse assunto ao apresentado na sessão anterior.

Tarefas

- ▶ Pergunte aos participantes se gostariam de trocar os números de telefone entre si. Tenha sempre por perto papel e lápis para esse fim.
- ▶ Recomende a leitura da Sessão 4 do Manual do Participante. Encoraje os participantes a continuarem revendo todo o material do manual como reforço.
- ▶ Estimule os participantes a entrarem em contato com os coordenadores do Programa a qualquer momento, em caso de dúvidas.
- ▶ Estimule a participação dos que pararam de fumar nas sessões de manutenção.
- ▶ Lembre aos participantes que não conseguiram deixar de fumar que muitos ex-fumantes bem-sucedidos também falharam em tentativas prévias.

49

Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev
Gulnar Azevedo e Silva Mendonça

**Divisão de Controle do Tabagismo e Outros
Fatores de Risco de Câncer**
Tânia Maria Cavalcante

Tradução e Adaptação da 1ª Edição
Tereza Maria Piccinini Feitosa
Luísa da Costa e Silva Goldfarb
Tânia Maria Cavalcante
Vera Luíza da Costa e Silva
Ricardo Henrique Sampaio Meirelles

Colaboradores

Catarina Maria Ribeiro Ferreirinha
José Augusto Barbosa
Stella Aguinaga
Vera Maria Stiebler Leal

Adaptação e Revisão da 2ª Edição
Ricardo Henrique Sampaio Meirelles
Mariana Coutinho Marques de Pinho
Cleide Regina da Silva Carvalho
Vaneide Marcon Cachoeira
Tânia Maria Cavalcante

ANEXO G – MANUAL DO PARTICIPANTE – ENTENDER POR QUE SE FUMA E
COMO ISSO AFETA A SAÚDE – 1ª SESSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MAS ATENÇÃO A VOCE

Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde



Centro Colaborador de
Organização Mundial da Saúde
Programa Tabaco e Saúde



DEIXANDO DE FUMAR
SEM MISTÉRIOS



sessão

1

Ministério da Saúde
BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

MANUAL DO PARTICIPANTE

© 2005 - Ministério da Saúde

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra, de qualquer forma ou meio eletrônico, e mecânico, fotográfico e gravação ou qualquer outro, sem a permissão expressa do Instituto Nacional de Câncer/MS.

(Lei nº 5.988, de 14/12/73)

Ministério da Saúde

José Gomes Temporão

Secretaria de Atenção à Saúde

José Carvalho de Noronha

Instituto Nacional de Câncer

Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva

Redação

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev

Rua dos Inválidos, 212 - 3º andar

CEP: 20231-020 - Rio de Janeiro - RJ

Tel: (21) 3970 7414

Fax: (21) 3970 7500

E-mail: conprev@inca.gov.br

Tradução de

Freshstart

Tradução adaptada do idioma Inglês da edição publicada pela American Cancer Society, Inc. Copyright © 1982, American Cancer Society, Inc.

Distribuição

Ministério da Saúde

Tiragem desta edição: 50.000 exemplares

Projeto Gráfico e Editoração

Master Publicidade S.A.

Ficha Catalográfica

B823d

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância.

Deixando de fumar sem mistérios: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde. 2. ed. rev. reimp. - Rio de Janeiro: INCA, 2004.

11p. : Il. color.

Tradução de: Freshstart

Manual do participante, sessão 1

ISBN 978-85-7318-094-7

1. Tabagismo. 2. Dependência de tabaco. 3. Tratamento. I. Título.

CDD-613.85

Seu objetivo

Entender por que
eu fumo e como
isso afeta a
minha saúde.



Este teste
pode ajudá-lo a
entender melhor
por que você está
dependente do cigarro.
Marque **SIM** ou **NÃO**
em todas as questões.

3

Faça seu teste

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. É muito difícil para você ficar 12 horas sem fumar? | SIM
<input type="radio"/> | NÃO
<input type="radio"/> |
| 2. Você tem um desejo intenso e compulsivo ("fissura") por cigarros? | SIM
<input type="radio"/> | NÃO
<input type="radio"/> |
| 3. Você sente necessidade de fumar pelo menos um certo número de cigarros por dia? | SIM
<input type="radio"/> | NÃO
<input type="radio"/> |
| 4. Você frequentemente se encontra fumando sem ter percebido que havia acendido um cigarro? | SIM
<input type="radio"/> | NÃO
<input type="radio"/> |
| 5. Você associa o ato de fumar com outros comportamentos tais como tomar café ou falar ao telefone? | SIM
<input type="radio"/> | NÃO
<input type="radio"/> |
| 6. Você já passou, por acaso, um dia inteiro sem fumar? | SIM
<input type="radio"/> | NÃO
<input type="radio"/> |
| 7. Você fuma mais depois de ter uma discussão com alguém? | SIM
<input type="radio"/> | NÃO
<input type="radio"/> |
| 8. Fumar é um dos prazeres mais importantes da sua vida? | SIM
<input type="radio"/> | NÃO
<input type="radio"/> |
| 9. O pensamento de nunca mais fumar o torna infeliz? | SIM
<input type="radio"/> | NÃO
<input type="radio"/> |

4

Corrigindo o teste

Se nas perguntas

1 2 3

você respondeu SIM a duas ou três delas, está fisicamente dependente de cigarros.

Se nas perguntas

4 5 6

você respondeu SIM a duas ou três delas, está fazendo associações de comportamentos envolvendo o ato de fumar.

Se nas perguntas

7 8 9

você respondeu SIM a duas ou três delas, está psicologicamente dependente de cigarros.

Muitos fumantes verificam que respondem SIM à maioria das perguntas e que estão dependentes física e psicologicamente do cigarro, além de fazerem associações de comportamento. Se esse é o seu caso, não se desespere: você não está sozinho. Procure determinar qual dos aspectos do tabagismo é o obstáculo mais difícil para você deixar de fumar.

Considere as informações a seguir.

5



A nicotina é uma substância que causa dependência. Se você tem uma necessidade compulsiva por cigarro – isto é, tem um desejo intenso (fissura) – e não consegue parar ou ficar algumas horas sem fumar, é provável que esteja dependente da nicotina. É normal, portanto, que os primeiros dias sem cigarros sejam os mais difíceis; depois desse período, ficar sem cigarro é tão fácil para você quanto para os que pararam há mais tempo.



A dependência psicológica do cigarro refere-se ao sentido ou à função que ele tem. A forma mais comum de dependência psicológica é o uso do cigarro para lidar com situações de estresse. Muitas pessoas sentem que o cigarro as relaxa; então, elas fumam sempre que estão tensas. Se fumar ajuda você a relaxar é porque o cigarro lhe é familiar – ele é familiar da mesma forma que um amigo próximo – e, assim, é uma fonte de alívio. Outras pessoas usam o cigarro como uma forma de lidar com a solidão; em um sentido muito real, o cigarro se torna um amigo. Dessa forma, a pessoa se sente triste ao pensar em parar de fumar – ao pensar em perder um companheiro. Alguns fumantes acham que o cigarro os estimula a serem criativos e assim fumam mais quando estão trabalhando. Outros fumam mais quando estão contentes ou se divertindo. O cigarro parece estender o prazer. Esses são exemplos das maneiras como os indivíduos se tornam psicologicamente dependentes do cigarro.



O ato de fumar envolve várias associações de comportamento ligadas aos hábitos individuais e sociais que criaram, progressivamente, vínculos, tais como tomar café e logo em seguida acender um cigarro. Se for o seu caso, veja como funcionam essas e outras associações de um comportamento. Inicialmente, você começou acendendo um cigarro após tomar café, pois lhe parecia um momento apropriado, ou era uma atividade social comum. Depois de algumas repetições, essas associações se tornaram constantes, de forma que, agora, cada vez que você pega uma xícara de café, tem desejo de fumar. Outras associações comuns são: fumar e ingerir bebidas alcoólicas, fumar e falar ao telefone, fumar e escrever um relatório, fumar e assistir à televisão ou fumar depois de comer. Pense a respeito dessas associações. Existem situações particulares, eventos ou comportamentos que parecem, quase sempre, fazer com que você automaticamente procure um cigarro?



6

O que fazer?

Agora você pode estar dividido, questionando o seu desejo de parar de fumar.

O pensamento de adiar essa decisão pode ser atraente neste momento.

Muitos fumantes sentem-se divididos quanto à decisão de parar de fumar.

Eles querem parar, mas gostariam de continuar fumando para sempre.

Um fato importante para você saber sobre esse desejo ambivalente é que não é necessário livrar-se totalmente do desejo de fumar antes de efetivamente parar.

Isto é, o desejo de fumar só vai embora se você parar. O que é importante saber é: você quer parar mais do que quer continuar a fumar? Faça, a seguir, duas listas que vão ajudá-lo a aumentar e fortalecer sua motivação para deixar de fumar.

Seja o mais honesto e cuidadoso possível ao fazer as duas listas. Faça cada lista da forma mais completa possível. Gaste bastante tempo pensando sobre o que faz você parar e o que faz querer continuar fumando. Seja justo com ambos os lados da questão.

Depois de completar as duas listas, volte e faça um círculo nos itens mais importantes de cada uma.

Finalmente, ponha uma estrela próxima ao item que é mais importante para você, levando em consideração todos os itens.

7

Avalie os métodos para deixar de fumar

PARADA ABRUPTA (de uma só vez)

É quando se pára de fumar de uma hora para outra, cessando totalmente o uso de cigarro. Assim, o indivíduo interrompe abruptamente o uso de nicotina. Em outras palavras, se seu consumo é de dois maços por dia, você pára abruptamente quando fuma seus dois maços usuais hoje e nenhum cigarro amanhã. Qualquer método gradual de parar não é abrupto. A maior parte dos indivíduos que conseguiram se tornar ex-fumantes pararam abruptamente.

PARADA GRADUAL (aos poucos)

No entanto, você pode achar melhor adotar um método gradual. Se você decidir deixar de fumar utilizando uma estratégia gradual, não deve gastar mais do que duas semanas nesse processo. Diminuir o número de cigarros usando um período de tempo longo pode tornar a experiência de deixar de fumar mais difícil do que o necessário, ou seja, pode-se tornar uma forma de adiar e não de parar. As formas de parada gradual são: redução e adiamento.

REDUÇÃO

Uma abordagem gradual para deixar de fumar é a redução. Reduzir significa contar os cigarros e fumar um número menor, predeterminado, a cada dia. Por exemplo: um fumante de 30 cigarros por dia pode reduzir o número de cigarros em cinco, a cada dia, por seis dias, até a data escolhida por ele para deixar de fumar.

EXEMPLO: No primeiro dia, ele pode fumar os seus 30 cigarros usuais.

No segundo	25
No terceiro	20
No quarto	15
No quinto	10
No sexto	5

O dia seguinte, o sétimo dia, será sua data para deixar de fumar, ou seja, seu primeiro dia sem cigarros.

ADIAMENTO

Uma segunda abordagem gradual para deixar de fumar é o adiamento, que significa adiar a hora na qual você começa a fumar por um número de horas predeterminado a cada dia. Ao começar a fumar em cada dia, não conte seus cigarros nem se preocupe em reduzir o número que você fuma. Assim, tome a decisão de adiar a hora na qual começa a fumar por duas horas a cada dia, por seis dias, até a sua data de parar de fumar.

EXEMPLO: No primeiro dia, pode começar a fumar às 9 horas.

No segundo	às 11 horas
No terceiro	às 13 horas
No quarto	às 15 horas
No quinto	às 17 horas
No sexto	às 19 horas

O dia seguinte, o sétimo dia, será sua data para deixar de fumar, ou seja, seu primeiro dia sem cigarros.

10

11

Considere estas informações sobre o tabagismo e seus prejuízos à saúde

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde como a principal causa evitável de morte.

Você provavelmente conhece os malefícios à saúde causados pelo uso dos derivados do tabaco. Lembre-se de que não é apenas o câncer de pulmão, mas vários outros cânceres, além de enfisema, infarto do miocárdio, bronquite crônica, sinusite, derrame cerebral e envelhecimento prematuro da pele, que são também causados ou agravados pelo tabagismo, entre inúmeras outras doenças.

O monóxido de carbono (CO), presente na fumaça do cigarro, não permite que a qualidade adequada de oxigênio alcance os tecidos dos órgãos de seu corpo. Ninguém está imune aos efeitos danosos do monóxido de carbono, que priva o coração do oxigênio necessário ao seu bom funcionamento, levando ao infarto do miocárdio. Na gestante, diminui o oxigênio que chega ao bebê, trazendo problemas ao seu desenvolvimento.

A nicotina, por sua vez, diminui o calibre dos vasos sanguíneos, dificultando a circulação do sangue pelo corpo. Como um estimulante, a nicotina causa aumento da ansiedade em pessoas predispostas. Ela é a substância do cigarro responsável pela dependência química.

Finalmente, o alcatrão pode provocar o aparecimento de câncer.



Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev
Culnar Azevedo e Silva Mendonça

Divisão de Controle do Tabagismo
Tânia Maria Cavalcante

Tradução e adaptação da 1ª edição
Tereza Maria Piccinini Feitosa
Luisa da Costa e Silva Goldfarb
Tânia Maria Cavalcante
Vera Lúcia da Costa e Silva
Ricardo Henrique Sampaio Meirelles

Colaboradores
Catarina Maria Ribeiro Ferrelrinha
José Augusto Barbosa
Stella Aguilaga
Vera Maria Stiebler Leal

Revisores da 2ª edição
Ricardo Henrique Sampaio Meirelles
Mariana Coutinho Marques de Pinho
Cláudia Regina da Silva Carvalho
Vaneide Marcon Cachoeira
Tânia Maria Cavalcante

ANEXO H – MANUAL DO PARTICIPANTE – OS PRIMEIROS DIAS SEM FUMAR – 2ª
SESSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MAS ATENÇÃO A VOCÊ

Os primeiros dias sem fumar

DEIXANDO DE FUMAR SEM MISTÉRIOS



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
Programa Tabaco e Saúde



sessão

2

Ministério da Saúde
BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

MANUAL DO PARTICIPANTE

© 2005 - Ministério da Saúde

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra, de qualquer forma ou meio eletrônico, e mecânico, fotográfico e gravação ou qualquer outro, sem a permissão expressa do Instituto Nacional de Câncer/MS.

(Lei nº 5.988, de 14/12/73)

Ministério da Saúde

José Gomes Temporão

Secretaria de Atenção à Saúde

José Carvalho de Noronha

Instituto Nacional de Câncer

Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva

Redação

Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev

Rua dos Inválidos, 212 - 3º andar

CEP: 20231-020 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 3970 7414

Fax: (21) 3970 7500

E-mail: conprev@inca.gov.br

Tradução de

Freshstart

Tradução adaptada do idioma inglês da edição publicada pela American Cancer Society, Inc. Copyright © 1982, American Cancer Society, Inc.

Distribuição

Ministério da Saúde

Tiragem desta edição: 50.000 exemplares

Projeto Gráfico e Editoração

Master Publicidade S.A.

Ficha Catalográfica

8823d

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância.

Deixando de fumar sem mistérios: os primeiros dias sem fumar. 2. ed. rev. reimp. - Rio de Janeiro: INCA, 2004.

15p. : il. color.

Tradução de: Freshstart

Manual do participante, sessão 2.

ISBN 978-85-7318-090-9

1. Tabagismo. 2. Dependência de tabaco. 3. Tratamento. I. Título.

CDD-613.85

Seu objetivo

Aprender como lidar
com os primeiros
dias sem cigarro.



3

Síndrome de Abstinência

Como foi discutido com o seu grupo, alguns, mas não todos os ex-fumantes, apresentam Síndrome de Abstinência. Isso, em geral, está relacionado à dependência química da nicotina, conforme descrito na primeira sessão deste manual. Você não deve, no entanto, esperar sentir uma angústia intensa como resultado do parar de fumar. Um desconforto moderado caracteriza esse período para a maioria dos ex-fumantes; muitos indivíduos, no entanto, não apresentam nenhum sintoma. A maioria dos sintomas de abstinência vai desaparecer dentro de uma a duas semanas. Eles são sinais de que seu organismo está retornando a um estado saudável. A seguir, são descritos alguns dos sintomas mais comuns.



O sintoma mais comum é o desejo intenso por cigarros ("fissura"), que diminuirá após alguns dias e poderá até desaparecer completamente em cerca de duas semanas. O melhor caminho para superar um desejo intenso é ignorá-lo. Quando experimentar essa necessidade por cigarros, beba um copo de água; converse com um amigo; faça um rápido exercício de relaxamento (que você aprenderá ainda nesta sessão); ou até flexione o tronco, tocando as mãos nos pés dez vezes. Dirija sua atenção para outras coisas que não seja seu desejo por cigarros, pois, se ignorado, ele desaparecerá em alguns minutos.

O segundo sintoma comum é a tensão. Nesta sessão, você encontrará algumas sugestões de relaxamento e maneiras de lidar com esse sintoma.

Alguns ex-fumantes relatam **formigamento ou dormência nas pernas e braços**. Essas sensações representam melhora da circulação sanguínea, que é o resultado do parar de fumar. Assim que seu corpo voltar ao normal, o formigamento e a dormência vão cessar.

Você pode sentir **tonturas** assim que parar de fumar. Pode também achar difícil se concentrar. Esses sintomas estão relacionados ao aumento da quantidade de oxigênio que seu cérebro está recebendo agora, uma vez que não há mais a inalação do monóxido de carbono presente no cigarro.

Esses sintomas também vão desaparecer sozinhos em uma ou duas semanas, assim que seu cérebro se acostumar a funcionar com um suprimento normal e saudável de oxigênio novamente.

4

5

Você pode achar que está tossindo mais depois que parou de fumar. Isso ocorre porque os cílios que revestem a mucosa dos brônquios ficavam paralisados quando você fumava. A função dos cílios é limpar os brônquios; isso era feito à noite, quando você estava dormindo, ou seja, quando estava sem fumar por um período maior de tempo. Ao parar de fumar, os cílios vão ter que, primeiramente, trabalhar dobrado, limpando todo o alcatrão e outros detritos. Quando os pulmões estiverem limpos de novo, a tosse acaba. Isso pode levar várias semanas a partir do dia em que você fumou o seu último cigarro. É importante saber que esse sintoma é um sinal de que seu corpo está se restabelecendo.

▶ **EXISTEM 4 MANEIRAS PRÁTICAS** que vão ajudá-lo a lidar com o desejo intenso por cigarros ("fissura"). Pratique-as todos os dias depois que você parar de fumar.

1. Beba muita água - vários copos por dia.
2. Assim que parar de fumar, tenha sempre consigo algo para mastigar, como uma bala ou chiclete dietético (sem açúcar) ou qualquer coisa com poucas calorias.
3. Faça mais atividade física, aumentando gradualmente a quantidade de exercícios. Lembre-se de que deve sempre consultar um médico antes de fazer uma alteração maior na sua atividade física.
4. Finalmente, respire fundo para relaxar. A maneira correta de respirar é permitir que o seu abdômen se expanda enquanto você inspira. Quando você está fazendo uma respiração profunda, com a intenção de relaxar, tenha a certeza de que leva mais tempo expirando do que inspirando. A respiração profunda também vai ajudá-lo a combater o desejo intenso por cigarros.

Como lidar com o estresse

O processo de parar de fumar pode causar estresse nos fumantes. O esforço de concentração necessário para se lembrar de não fumar e para resistir às múltiplas tentações de fumar é estressante. Além disso, alguns fumantes apresentam tensão ou ansiedade como sintoma de abstinência, conforme descrito anteriormente. O aprendizado de exercícios que ajudem a lidar com os sintomas de estresse será de grande valia. Os exercícios de relaxamento são para aprender a relaxar o corpo conforme sua vontade. Três estilos de exercícios de relaxamento serão descritos a seguir. Você pode selecionar um ou combiná-los da forma que lhe parecer mais atraente. Um passo importante é ler as instruções sobre o(s) exercício(s) que você selecionou, várias vezes, até que o(s) conheça bastante para utilizá-lo(s) sempre que sentir necessidade de relaxar.

Quando você está aprendendo a relaxar através de exercícios, é importante praticá-los pelo menos uma vez por dia. Você vai descobrir, com o passar do tempo, que fará um esforço cada vez menor para atingir um estado de relaxamento profundo.

6

7

Exercício de respiração profunda

- ▶ 1. Fique de pé, com os pés afastados, joelhos ligeiramente dobrados, ombros e pescoço elevados, porém soltos, colocando-se da maneira mais confortável possível. Em seguida, feche os olhos e deixe a cabeça pender para a frente, solta.
- ▶ 2. Deixando a cabeça pender um pouco mais agora, lentamente inspire pelo nariz. Respire profundamente, puxando o ar para dentro do abdômen, permitindo que se expanda enquanto você inspira. Prenda um pouco a respiração e, agora, expire lentamente.
- ▶ 3. Coloque o ar para fora através do nariz. Repita esse exercício quatro vezes em seu próprio ritmo. Faça isso lentamente. Pare por alguns momentos, se você se sentir tonto. Quando se sentir pronto, abra lentamente os olhos.



8

Exercício de relaxamento muscular

- ▶ 1. Fique de pé com os pés firmemente plantados no chão, com a postura correta, porém relaxada. Agora, feche os olhos. Pressione os pés e faça um movimento com os dedos como se fosse agarrar o chão. Aperte mais.
- ▶ 2. Agora, suba a pressão pelos tornozelos até a panturrilha, contraindo mais até as coxas. Continue para cima pelo abdômen e tórax. Torne-os tensos, mais e mais, continuando até chegar aos ombros.
- ▶ 3. Dirija a tensão. Feche as mãos contraindo-as. Agora, suba pelo pescoço, face, boca e olhos. Agora, o couro cabeludo. Mantenha a tensão. Mantenha-a.
- ▶ 4. Agora, relaxe. Relaxe calmamente. Aos poucos, vá relaxando todo o corpo. Quando você se sentir totalmente relaxado, abra os olhos lentamente.

9

Exercícios de fantasia

Sente-se para este exercício. Posicione-se de maneira confortável. Descruze as pernas e coloque os braços no colo ou lateralmente ao corpo. Feche os olhos. Inspire profundamente e expire lentamente. Pense somente em deixar seu corpo relaxado como um boneco de pano.

Agora, conte até dez. Quando chegar a dez, você terá alcançado um estado mais profundo de relaxamento, que você jamais experimentou. Enquanto conta de um a dez, deixe sua mente ser preenchida pela consciência de uma sensação de relaxamento cada vez mais profunda.

1. Você está mais e mais relaxado.
2. A sala está desaparecendo.
3. Deixe toda a sua sensação de tensão desaparecer completamente.
4. Deixe todos os seus sentimentos de inquietude desaparecerem.
5. Mais e mais, profundamente.
6. Sinta-se mais e mais relaxado, profundamente relaxado.
7. Toda a sua tensão está indo embora completamente.
8. Os nervos e músculos de seu corpo, agora, querem somente descansar.
9. Tudo em você agora quer descansar.
10. Você está totalmente relaxado.

Feche os olhos. Imagine-se agora caminhando calma e lentamente, descendo por uma trilha na relva de um morro, em direção a um riacho de águas límpidas e tranquilas. É de manhã cedo, e o sol morno está brilhando. O ar é fresco e perfumado. Você pode sentir o cheiro gostoso do capim. Às vezes, um peixe pula no riacho; o riacho brilha na claridade da manhã, transparente e muito tranquilo.

Você se senta lentamente na relva, à beira do riacho e sente-se tranquilo. Uma brisa suave balança o capim levemente, e você olha para o céu azul, onde há nuvens brancas flutuando. Você se deita na relva, olha as nuvens e começa a flutuar ao encontro delas. Você é capaz de andar sobre as nuvens e isso é divertido.

A temperatura está agradável, e o ar é limpo e fresco; o céu é azul, e as nuvens são macias, brancas e fofas. Você sente o sol morno e, quando respira, sente que todo o seu corpo se enche com ar fresco e limpo. Você está totalmente relaxado.

NESTE MOMENTO, REAFIRME SEU DESEJO DE PARAR DE FUMAR. PENSE NO SEU COMPROMISSO EM ATINGIR ESSA META. VOCÊ TEM CERTEZA DE QUE IRÁ CONSEGUIR.

Aproveite para mentalizar uma data para deixar de fumar. Pense nela novamente. Você vai conseguir parar de fumar. Mantenha essa sensação de conquista consigo. Agora, lentamente, comece a despertar.

Você está aqui, sentado em sua cadeira, e ainda se sente bem. Muito relaxado e com muita energia. Aproveite essa sensação e procure mantê-la consigo durante todo o dia. Quando estiver pronto, abra lentamente os olhos e sorria.

10

11

Ser positivo

Além de lidar com os sintomas de estresse através dos exercícios de relaxamento, você pode se beneficiar aprendendo como lidar melhor com as verdadeiras fontes de estresse da sua vida. Alguns fumantes acendem um cigarro como forma de evitar uma situação estressante. Ser assertivo é ser capaz de expressar o que você sente e pensa. Pessoas que são passivas não se sentem capazes de expressar o que pensam e sentem. Pessoas agressivas, por outro lado, expressam seus pensamentos e sentimentos de uma forma que visa a controlar, dominar e/ou ferir outras pessoas. A meta é ser assertivo (firme), em vez de ser passivo ou agressivo. Algumas características associadas à assertividade (firmeza) serão relacionadas a seguir. Considere-as como a forma pela qual você pode se tornar mais assertivo.

1. Use frases curtas e diretas.
2. Demonstre que você assume responsabilidade pelos seus pensamentos, utilizando expressões como "Eu penso...", "Eu acredito...", "Na minha opinião...".
3. Peça aos outros para esclarecerem o que estão dizendo quando não tiver certeza de que os compreende.
4. Descreva os eventos objetivamente, em vez de exagerar, embelezar, distorcer ou mentir.
5. Olhe diretamente nos olhos da pessoa com a qual está falando.
6. Aperte a mão das pessoas com vontade e disposição.

Você descobrirá que, tomando-se mais assertivo, será beneficiado de várias formas. Em resumo, **assertividade significa ter a capacidade de expressar, quando quiser, o que está sentindo ou pensando**. Não significa que você tenha sempre que expressar esses sentimentos e pensamentos.

Há momentos em que um indivíduo assertivo decide não falar o que se passa por sua cabeça.

Pense construtivamente

Existe uma outra maneira com a qual você pode lidar melhor com o estresse. Isso envolve apenas mudança na forma de pensar sobre os acontecimentos, a partir do seu conhecimento sobre a Síndrome de Abstinência. Parte do desconforto experimentado por fumantes que estão tentando parar de fumar vem de pensamentos destrutivos. Por exemplo, o fumante frequentemente sente tontura alguns dias após parar de fumar. Algumas pessoas podem ficar muito irritadas por se sentirem assim. Nesse caso, a tontura tende a piorar. Um outro indivíduo, no entanto, pode identificar a sensação de tontura como uma agradável experiência de euforia – uma sensação de "estar alto". Obviamente, esse segundo indivíduo vai se sentir menos estressado e provavelmente terá mais sucesso em se manter longe de cigarros.



12

13

Apenas para seu uso, escreva a seguir o que considera como fonte de estresse em sua vida. No formulário abaixo, faça uma lista bem completa. Indique qual atitude você apresenta diante de cada fonte de estresse listada. Por exemplo, se o cachorro do seu vizinho late a noite toda e isso o estressa, e você simplesmente não faz nada: marque um "x" na coluna "aceito a situação e não faço nada". Uma outra situação é o trânsito na hora do rush, como fonte de estresse, e a sua reação é, durante o engarrafamento, fazer exercício de relaxamento, então marque um "x" na coluna "busco alternativas para lidar com o estresse". Como último exemplo, é possível que você decida reorganizar as tarefas do seu dia para eliminar sua saída diária após o horário normal de trabalho, marque, portanto, um "x" na coluna "elimino a situação". Observe a seguir os exemplos na tabela abaixo:

Fontes de estresse.	Atitudes			De que forma.
	Aceito a situação e não faço nada.	Busco alternativas para lidar com a situação.	Elimino a situação.	
Relacionamento com o vizinho.	X			Não faço nada.
Trânsito na hora do rush.		X		Continuo a dirigir na hora do rush, mas faço exercício de relaxamento.
Saída após o horário normal de trabalho.			X	Organizando as minhas tarefas ao longo do meu dia.

Agora, faça a sua lista na tabela abaixo, olhe para ela e pense sobre suas atitudes.

Fontes de estresse.	Atitudes			De que forma.
	Aceito a situação e não faço nada.	Busco alternativas para lidar com a situação.	Elimino a situação.	

Você tende a aceitar todas as fontes de estresse?

Isso pode significar que você não está sendo suficientemente ativo para fazer mudanças construtivas em sua vida.

Você tende a querer eliminar todas as fontes de estresse?

O enfrentamento do estresse é necessário, mas, às vezes, não é possível. Dessa forma, não é o cigarro que vai resolver seu estresse.

Pense sobre a lista que acabou de completar como forma para melhorar o relacionamento com eventos estressantes.

O CONCEITO-CHAVE É: PENSAMENTOS CONSTRUTIVOS PRODUZEM SENTIMENTOS CONSTRUTIVOS.

Lembre-se de que você tem habilidades para controlar seus sentimentos, ou seja, através do pensamento. Se seus pensamentos são construtivos, você experimenta menos sintomas de estresse.

FAÇA DESSE UM MOMENTO ÚNICO

Será de grande ajuda você pensar, agora e nos próximos dias, nas formas como vai dominar as situações estressantes em sua vida. Usar seu próprio senso de domínio, pensando construtivamente, é uma forma de tornar a tentativa de parar de fumar um sucesso.

Provavelmente você está passando pelos primeiros dias sem cigarro. Concentre-se no fato de que esse é um momento único na sua vida, pois não irá mais fumar.

14

15

Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev
Culnar Azevedo e Silva Mendonça

Divisão de Controle do Tabagismo
Tânia Maria Cavalcante

Tradução e adaptação

Tereza Maria Piccinini Feltosa
Luiza da Costa e Silva Goldfarb
Tânia Maria Cavalcante
Vera Luiza da Costa e Silva
Ricardo Henrique Sampaio Meirelles

Colaboradores

Catarina Maria Ribeiro Ferreirinha
José Augusto Barbosa
Stella Aquinaga
Vera Maria Stebler Leal

Revisores da 2ª edição

Ricardo Henrique Sampaio Meirelles
Mariana Coutinho Marques de Pinho
Cleide Regina da Silva Carvalho
Vaneide Marcon Cachoelra
Tânia Maria Cavalcante

ANEXO I – MANUAL DO PARTICIPANTE – COMO VENCER OS OBSTÁCULOS
PARA PERMANECER SEM FUMAR – 3ª SESSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MAIS ATENÇÃO A VOCE

Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar

DEIXANDO DE FUMAR
SEM MISTÉRIOS



Centro Colaborador da
Organização Mundial de Saúde
Programa Tabaco sa Saúde



sessão 3

Ministério da Saúde
BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

MANUAL DO PARTICIPANTE

© 2005 - Ministério da Saúde
 Proibida a reprodução total ou parcial desta obra, de qualquer forma ou meio eletrônico, e mecânico, fotográfico e gravação ou qualquer outro, sem a permissão expressa do Instituto Nacional de Câncer/MS.
 (Lei nº 5.988, de 14/12/73)

Ministério da Saúde
 José Gomes Temporão

Secretaria de Atenção à Saúde
 José Carvalho de Noronha

Instituto Nacional de Câncer
 Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva

Redação
 Instituto Nacional de Câncer (INCA)
 Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev
 Rua dos Inválidos, 212 - 3ª andar
 CEP: 20231-020 - Rio de Janeiro - RJ
 Tel.: (21) 3970 7414
 Fax: (21) 3970 7500
 E-mail: conprev@inca.gov.br

Tradução de
 Freshstart
 Tradução adaptada do idioma inglês da edição publicada pela American Cancer Society, Inc. Copyright © 1982, American Cancer Society, Inc.

Distribuição
 Ministério da Saúde

Tiragem desta edição: 50.000 exemplares

Projeto Gráfico e Editoração
 Master Publicidade S.A.

Ficha Catalográfica

BR23d

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância.
 Deixando de fumar sem mistérios: como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar. 2. ed. rev. reimp. - Rio de Janeiro: INCA, 2004.

7p. : il. color.

Tradução de: Freshstart
 Manual do participante, sessão 3.

ISBN 978-85-7318-093-0
 1. Tabagismo. 2. Dependência de tabaco. 3. Tratamento. I. Título.

CDD-613.85

Seu objetivo

Vencer todos os
 obstáculos para
 permanecer sem
 cigarros.



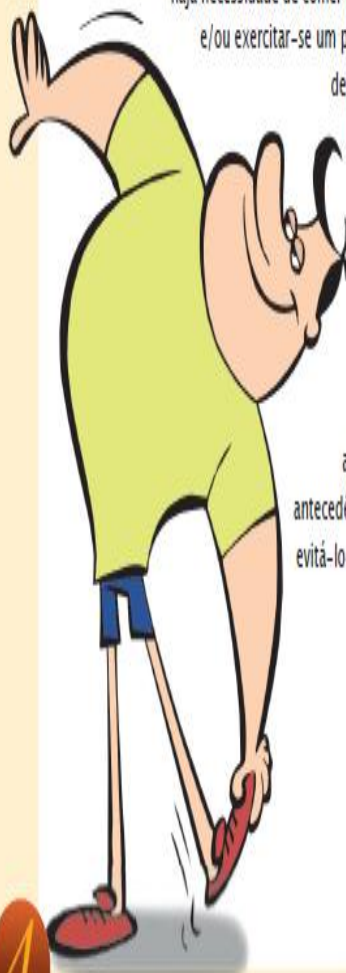
3

Agora você pode estar experimentando alguns benefícios físicos que aparecem quando se pára de fumar. Você pode se sentir com mais energia, mais alerta, respirar mais facilmente e ter melhorado as sensações do paladar e olfato. Por outro lado, pode também estar preocupado com um dos possíveis aspectos negativos do parar de fumar: ganhar peso! É verdade que aproximadamente 25% dos fumantes ganham peso quando param de fumar. No entanto, isso é evitável. Na maioria dos casos, pode-se facilmente evitar o aumento de peso se houver um planejamento anterior, como detalharemos a seguir. Para

alguns, um esforço extra será necessário, porque talvez haja necessidade de comer um pouco menos e/ou exercitar-se um pouco mais depois de parar de fumar.

O ponto mais importante é planejar.

Conhecer os motivos do ganho de peso pode ajudá-lo a planejar com antecedência as formas de evitá-lo.



4

Planejar para não engordar

Lembre-se dos seguintes pontos:

1. Alguns fumantes sentem necessidade de colocar algo na boca para substituir o cigarro.
2. Alguns fumantes decidem se presentear deliberadamente, permitindo comidas extras e doces como um prêmio por parar de fumar.
3. Para alguns indivíduos, o paladar melhora e o desejo de comer aumenta.
4. A saúde, em geral, vai melhorar e, por essa razão, você poderá ter um apetite melhor.
5. Uma pequena percentagem de novos ex-fumantes pode ter mudanças no metabolismo suficientes para levar ao ganho de peso, mesmo sem comer mais.

5

O que fazer?

É possível lidar com todas as situações acima se você houver planejado com antecedência.

Exemplos

No primeiro caso, preste atenção à sua alimentação, acrescentando alimentos com poucas calorias, incluindo grande quantidade e variedade de vegetais crus, frutas, legumes e verduras.

No segundo, você pode escolher um prêmio que não seja comida para se presentear por ter parado de fumar.

Em todos os casos, você pode evitar o ganho de peso fazendo mais exercícios físicos, sob orientação médica – caminhar um ou dois quilômetros a mais por dia.



Vencendo uma nova etapa

Sinta-se orgulhoso por ter parado de fumar.

Há benefícios quando você discute o estresse de parar de fumar tanto com seu grupo de apoio quanto com seus familiares e amigos.

É normal pedir apoio às pessoas nesse e em outros momentos difíceis da vida.

Lembre-se

Pedir apoio não diminui o significado de que você, apesar de tudo, está parando de fumar e se tornando um ex-fumante de sucesso.

6

7

Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev
Gulnar Azevedo e Silva Mendonça

Divisão de Controle do Tabagismo
Tânia Maria Cavalcante

Tradução e adaptação
Tereza Maria Piccinini Feltosa
Lúcia da Costa e Silva Goldfarb
Tânia Maria Cavalcante
Vera Lúcia da Costa e Silva
Ricardo Henrique Sampaio Meirelles

Colaboradores
Catarina Maria Ribeiro Ferreirinha
José Augusto Barbosa
Stella Aquinaga
Vera Maria Stebler Leal

Revisores da 2ª edição
Ricardo Henrique Sampaio Meirelles
Mariana Coutinho Marques de Pinho
Cleide Regina da Silva Carvalho
Vaneide Marcon Cachoeira
Tânia Maria Cavalcante

ANEXO J – MANUAL DO PARTICIPANTE – BENEFÍCIOS OBTIDOS APÓS PARAR
DE FUMAR – 4ª SESSÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MAS ATENÇÃO A VOCE

Benefícios obtidos após parar de fumar

DEIXANDO DE FUMAR
SEM MISTÉRIOS



Ministério da Saúde **BRASIL**
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

MANUAL DO PARTICIPANTE

©2009 Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Área Temática Controle de Câncer da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS/MS (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer/) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br/>).

Tiragem: 275.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer (INCA)
Coordenação de Prevenção e Vigilância (COPREV)
Rua dos Inválidos, 212 - 3º andar
CEP 20251-020 - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (21) 3370-7414
E-mail: coprev@inca.gov.br
www.inca.gov.br

Coordenação de Elaboração:

Tânia Maria Cavalcante

Tradução e adaptação da 1ª edição:

Laura da Costa e Silva Gólfaro
Ricardo Henrique Sampaio Meirelles
Tânia Maria Cavalcante
Tereza Maria Piedrinhi Feitosa
Vera Lúcia da Costa e Silva

Colaboradores:

Cezarina Maria Ribeiro Ferrerista
José Augusto Barbosa
Stella Aguinaga
Vera Maria Steibler Leal

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Gráfica Fuma

88236 Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer.

Deixando de fumar sem mistérios: benefícios obtidos após parar de fumar - sessão 4 / Instituto Nacional de Câncer. - 2ª ed. 1ª reimp. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

12 p.: il. color.

ISBN 85-7318-051-8

1. Tabagismo. 2. Dependência. 3. Tratamento. I. Título.

CDD 362.295

Catálogo na fonte - Seção de Bibliotecas / Coordenação de Educação

Seu objetivo

Sentir e usufruir os
benefícios do parar
de fumar.



Benefícios indiretos

Agora você pode estar experimentando benefícios indiretos ao parar de fumar. Sua auto-estima deve ter aumentado e você está se tornando uma pessoa mais segura, como um dos resultados por ter parado de fumar.

Esses são os benefícios indiretos que acontecem como parte de um processo global. Quando você melhora um aspecto de sua vida, outros também melhoram em seguida.

Prevenindo a recaída

A seguir, relacionaremos as principais razões pelas quais muitos indivíduos voltam a fumar, mesmo após terem parado por algum tempo. Lembre-se: avaliar com antecedência os motivos é fundamental para evitar esses episódios.

1. Um ex-fumante pode vivenciar uma crise como, por exemplo, a morte de um ente querido, um acidente de carro ou um problema no trabalho. A resposta automática para a crise pode ser pedir um cigarro. A maneira como você se programa com antecedência para enfrentar tais eventualidades é pensar na razão mais importante: você não gostaria de voltar a fumar, mesmo em um momento de crise. Ajude-se. Evite essa possibilidade, pensando em uma frase que represente para si a razão mais forte para não querer voltar a fumar. Escreva essa frase pessoal em um cartão, carregue-a sempre consigo ou guarde-a na memória. Você pode querer que essa frase seja apenas sua, sem dividi-la com amigos ou membros do seu grupo.

2. Uma segunda razão pela qual alguns ex-fumantes voltam a fumar é se sentirem tão bem por terem parado que acham viável fumar apenas um ou dois cigarros para se divertir. A regra é: evite esse primeiro cigarro e você evitará todos os outros.

4

Benefícios a longo prazo

Os benefícios por ter deixado de fumar vão se acumulando com o passar do tempo. A sua capacidade pulmonar continuará aumentando, bem como a sua energia. Se você tem tosse de fumante, ela vai desaparecer. O risco de doença do coração, enfisema e vários cânceres continuará diminuindo com o tempo, até que você não tenha um risco maior que o de uma pessoa que nunca fumou.

Lembre-se de que esse é um fato animador.

É impossível estimar o significado do que você conseguiu ao parar de fumar.

Assim, parabéns!



5

E se você não parou?

Não se desespere

Muitos ex-fumantes de sucesso fizeram várias tentativas antes de conseguir. Você pode usar este manual por sua conta para deixar de fumar nos próximos dias ou entrar em contato com a equipe que está realizando o tratamento. O mais importante é que não use o insucesso dessa tentativa como uma desculpa para continuar a fumar e não tentar novamente. Dê a si mesmo um número de chances, tantas quantas forem necessárias, até que obtenha sucesso em parar de fumar. Boa sorte!



6

Dicas para ajudá-lo a permanecer sem cigarros

Além de planejar com antecedência, a fim de evitar os principais episódios que podem levá-lo a voltar a fumar (recaídas), considere também as seguintes dicas que o ajudarão a ficar sem cigarros.

1. Faça uma lista de objetos que gostaria de comprar de presente para você ou alguém. Ao lado de cada item, escreva o custo em termos de maços de cigarros. Faça uma conta, em separado, do dinheiro que você não gasta mais com o cigarro.

2. Pratique algum esporte. Consulte seu médico antes de fazer alguma mudança maior na sua atividade física. Aumente gradualmente o tempo e a intensidade dos exercícios físicos.

3. Procure novas atividades ou desenvolva as antigas de outra maneira.

4. Aumente o tempo que passa em lugares onde não se pode fumar, como bibliotecas, ônibus, teatros, cinemas, lojas de departamentos etc., durante as primeiras semanas sem cigarros.

7

5. Reveja seu manual regularmente. Faça uma lista das dicas mais importantes para você. Carregue-a sempre e releia-a frequentemente durante o primeiro mês após parar de fumar.

6. Finalmente, ajude um amigo a parar de fumar, trocando com ele algumas das suas experiências. Deixe que outros saibam o bem-estar e quão orgulhoso você se sente agora que se tornou um ex-fumante de sucesso.

7. Planeje uma grande comemoração para festejar os seus seis primeiros meses sem fumar.

Parabéns, você conseguiu!



ANEXO K – PLANILHA DE COLETA DE INFORMAÇÕES DO TRATAMENTO DO
TABAGISMO

ANEXO L – ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS)
CUIABÁ – MT



PREFEITURA
 TODOS JUNTOS POR
CUIABA

Secretaria de
SAÚDE

ANÁLISE DE REQUERIMENTO DE PESQUISA

(Portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009)

PROJETO DE DOUTORADO

Título: "Avaliação do Apoio Psicológico (Terapia Cognitivo-Comportamental) na cessação do tabagismo".
Nome do orientador: Prof. Dr. Clóvis Botelho
Nome do pesquisador: Maritza Muzzi Cardozo Pawlina
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT/ Programa de Pós-Graduação em Medicina.

O PROJETO CONTÉM	SIM	NÃO
Objetivo? Analisar a efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental no programa de cessação do tabagismo nas unidades da Secretaria Municipal de Saúde – Cuiabá/MT.	X	
Metodologia? Trata-se de um ensaio clínico, onde será realizada avaliação pré e pós-intervenção em fumantes encaminhados ou que procuram o serviço de cessação do tabagismo nas unidades da Secretaria Municipal de Saúde – Cuiabá/MT.	X	

PARECER DA DIRETORIA ENVOLVIDA:

- Somos favoráveis a pesquisa, pois é relevante ao SUS.
 Não somos favoráveis a pesquisa, pois não é relevante ao SUS.

MICHELLY KIM DE O. ROSA
 Diretora de At. Secundaria

PARECER DA CRH:

- Somos favoráveis a pesquisa, pois os requisitos da portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009 foram preenchidos, e por ser relevante ao SUS.
 Não somos favoráveis a pesquisa, pois os requisitos da portaria nº. 061/GAB/SMS/ 2009 não foram preenchidos, e por não ser relevante ao SUS.

Luciana Bom Despacho Paiva
 Diretora de Gestão do Trabalho

ANEXO M – ANUÊNCIA DO HUJM – TERMO DE ADESÃO

TERMO DE ADESÃO

Termo de adesão a que se refere o artigo 8º, da Portaria nº 035, de 15 julho de 2002, nos termos da Lei Federal 9.608/98 de 18 de fevereiro de 1998 que declara que a mesma é atividade não remunerada, não representa vínculo empregatício nem gera obrigação de natureza trabalhista previdenciária ou afim.

Pelo presente e na melhor forma de Direito, de um lado, o Hospital Universitário Júlio Müller, representado por Drº **ELIAS NOGUEIRA PERES** e de outro lado, a prestadora de serviço voluntário, **MARITZA MUZZI CARDOZO PAWLINA**, BRASILEIRA, residente RUA SANTIAGO, Nº 22 AP 102 Bairro: JARDIM DAS AMÉRICAS, CEP 78060-628, Cuiabá/MT, resolvem celebrar, de comum acordo este **TERMO DE ADESÃO**, para o desempenho de **SERVIÇO VOLUNTÁRIO** como **PSICÓLOGA** no **AMBULATÓRIO II (TABAGISMO)** mediante as seguintes condições:

I – O voluntário desempenhará suas atividades no período de 10/11/2012 à 10/11/2013, a qual passa a integrar este termo de adesão.

II – Para o desempenho de sua atividade, em consonância com as normas estabelecidas pelo serviço, ao voluntário fica assegurado o direito de utilização de toda infra estrutura de ensino e pesquisa, bem como de todos os serviços técnicos administrativos.

III - O Serviço voluntário será realizado de forma espontânea e sem recebimento de contraprestação financeira ou de qualquer remuneração.

IV – O Serviço voluntário não gera vínculo de emprego, nem obrigação de natureza trabalhista, previdência ou afim.

V – A produção científica ou técnica decorrente da prestação de serviço voluntário deverá mencionar a condição de voluntário do HUJM, independentemente da aplicação das disposições legais vigentes no HUJM em matéria de direito autoral.

E por estarem justas e acordadas, formalizam as partes o presente **TERMO DE ADESÃO**, assinado em duas vias de igual teor.

Cuiabá/MT – 23/10/2012


 DIRETOR CLÍNICO/HUJM


 VOLUNTARIO

ANEXO N – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS DO HUJM

Plataforma Brasil – Ministério da Saúde
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO/UFMT

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
DE PROJETO DE PESQUISA

Projeto de Pesquisa CAAE Nº 01066612.6.0000.5541 – CEP-HUJM/2012

PARECER CEP Nº 19548

APROVAÇÃO FINAL

O projeto de pesquisa intitulado: “ **Avaliação apoio psicológico (terapia cognitivo-comportamental) na cessação do tabagismo**”, encaminhado pelo (a) pesquisador (a), Maritza Muzzi Cardozo Pawlina foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 09/05/2012 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 09 de Maio de 2012.


Prof. Dra. Shirley Ferreira Pereira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Hospital Universitário Júlio Müller
Avenida Fernando Corrêa da Costa, Nº 2367 Bairro Boa Esperança - Cuiabá –MT, Brasil
CCBS I – 1º Piso – Universidade Federal de Mato Grosso
Fone: 65-3615-8254 - e-mail: cephujm@cpd.ufmt.br
<http://www.ufmt.br/cep>