

REJANE FIRMINO FERNANDES

FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS RELACIONADOS À ADESÃO
AO TRATAMENTO E SUCESSO NA CESSAÇÃO TABÁGICA DE PESSOAS QUE
PROCURARAM ATENDIMENTO

Dissertação de Mestrado

Campinas

2010

REJANE FIRMINO FERNANDES

FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS RELACIONADOS À ADESÃO AO
TRATAMENTO E SUCESSO NA CESSAÇÃO TABÁGICA DE PESSOAS QUE
PROCURARAM ATENDIMENTO

Dissertação de Mestrado apresentada à pós-graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual
de Campinas para obtenção do título de Mestre em
Ciências Médicas, área de concentração em Ciências Biomédicas.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo

CAMPINAS

2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA**BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

F391f Fernandes, Rejane Firmino
Fatores sócio-demográficas e clínicas relacionados à adesão ao tratamento e sucesso na cessação tabágica de pessoas que procuraram atendimento / Rejane Firmino Fernandes. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador: Renata Cruz Soares de Azevedo
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Tabagismo. 2. Abandono do uso do tabaco. 3. Adesão. 4. Sucesso. I. Azevedo, Renata Cruz Soares de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : Sociodemographic and clinical factors related to adherence to treatment and success in smoking cessation of people search attendance

Keywords: • Smoking
• Tobacco use cessation
• Adherence
• Success

Titulação: Mestre em Ciências Médicas
Área de concentração: Ciências Biomédicas

Banca examinadora:

Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo
Profa. Dra. Ana Cecília Petta Roselli Marques
Prof. Dr. Neury José Botega

Data da defesa: 22-06-2010

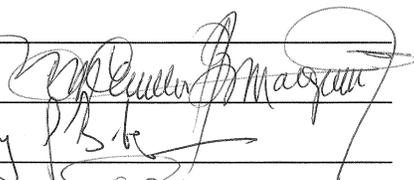
Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Rejane Firmino Fernandes

Orientadora: Profa. Dra. Renata Cruz Soares De Azevedo

Membros:

1. **Profa. Dra. Ana Cecília Petta Roselli Marques**



2. **Prof. Dr. Neury José Botega**



3. **Profa. Dra. Renata Cruz Soares De Azevedo**



Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 22/06/2010

DEDICATÓRIA:

A Deus por ter me dado a graça de poder concluir esse trabalho de Mestrado.

Ao meu esposo Reinaldo, companheiro de todas as horas.

A minha filhinha Isabela, razão da minha existência.

AGRADECIMENTOS

- Aos meus pais que sempre me incentivaram e valorizaram o meu engajamento nos estudos.

- À Prof^a. Renata Azevedo que acreditou em meu trabalho, tornando possível a realização desse sonho. Agradeço a dedicação e atenção dispensadas a mim e a essa produção.

- À banca pela dedicação e grande contribuição ao meu estudo.

- Ao setor de Estatística, especialmente ao Helymar por me auxiliar na produção desse trabalho.

- À equipe do ASPA, especialmente à Celina e à Isilda pela ajuda e incentivo dispensados.

- À Adriana, companheira fiel para me auxiliar nos trabalhos domésticos e nos cuidados dedicados a minha casa e minha filha.

- Ao CAPES pelo apoio financeiro.

Lista de Abreviaturas:

- OMS - Organização Mundial de Saúde
- HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
- HAD-A – Sub-escala de Ansiedade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
- HAD-D – Sub-escala de Depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
- URICA – University of Rhode Island Change Assesment Scale
- AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test
- CAGE – Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye-opener
- CONACE – Conselho Nacional de Controle de Drogas do Chile
- CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INCA – Instituto Nacional do Câncer
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- US Department of Health and Human Service – Departamento de Saúde Pública dos Estados Unidos
- PTA – Poluição Tabágica Ambiental
- PCC – Perceived Stress Scale
- EUA – Estado Unidos da América
- HC – UNICAMP – Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas
- ASPA – Ambulatório de Substâncias Psicoativas
- GM – Grupo Motivacional
- GT – Grupo Terapêutico

- TRN – Terapia Reposição de Nicotina
- TI – Triagem Individual
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- RMC – Região Metropolitana de Campinas
- CA – Estágio motivacional entre a Contemplação e a Ação
- A – Estágio motivacional Ação
- ref. – referência
- DTR – Doença tabaco relacionada
- Pg.-Página

Lista de Figuras:

Figura 1: Seguimento dos pacientes ao longo do estudo

Lista de tabelas:

Tabela 1: Características sócio-demográficas da população estudada.

Tabela 2: Características clínicas da população estudada.

Tabela 3: Características sócio-demográficas e clínicas da população por gênero.

Tabela 4: Variáveis de desfecho por gênero.

Tabela 5: Características sócio-demográficas e clínicas da população em relação à adesão em 4 semanas.

Tabela 6: Características sócio-demográficas e clínicas da população em relação à adesão em 8 semanas.

Tabela 7: Características sócio-demográficas e clínicas da população em relação à adesão em 12 semanas.

Tabela 8: Características sócio-demográficas e clínicas da população em relação à adesão em 24 semanas.

Tabela 9: Características sócio-demográficas e clínicas da população em relação à cessação em 8 semanas.

Tabela 10: Características sócio-demográficas e clínicas da população em relação à cessação em 12 semanas.

Tabela 11: Características sócio-demográficas e clínicas da população em relação à cessação em 24 semanas.

Tabela 12: Análise multivariada para não adesão em 12 semanas.

Tabela 13: Análise multivariada para não adesão em 24 semanas.

Tabela 14: Análise multivariada para insucesso na cessação em 24 semanas.

Tabela 15: Análise multivariada para insucesso na cessação em 24 semanas.

Tabela 16: Análise comparativa entre Adesão ao tratamento e Sucesso na cessação tabágica em 4,12 e 24 semanas.

Lista de Quadros:

Quadro 1: Síntese das variáveis relacionadas aos desfechos durante o seguimento.

Quadro 2: Análise das respostas à pergunta “Como começou a fumar?”.

Quadro 3: Análise das respostas à pergunta “Por que fumar começou a incomodá-lo?”.

Quadro 4: Análise das respostas à pergunta “Por que decidiu procurar tratamento?”.

Sumário	Pg.
Resumo	15
Abstract	17
1) Introdução	19
1.1) Dados Epidemiológicos	19
1.2) Tabagismo e danos associados	22
1.3) Fatores relacionados à cessação	28
2) Justificativa	39
3) Hipóteses	40
4) Objetivos	41
5) Método	42
5.1) Desenho do estudo e local	42
5.2) Sujeitos	47
5.3) Instrumentos	48
5.4) Procedimentos	52
5.5) Cuidados éticos	55
5.6) Análise dos dados	56
6) Resultados	57
6.1) Artigo: Nonadherence and treatment failure factors in smokers who seek treatment	78
7) Discussão	103
7.1) Limitações do estudo	114
7.2) Considerações Finais	115
8) Conclusões	117
9) Referências bibliográficas	118
10) Anexos	130
Anexo 1: Termo de consentimento livre e esclarecido	130
Anexo 2: Questionário de descrição do entrevistado	131
Anexo 3: Teste de Dependência de Fagerström	132
Anexo 4: Escala URICA	133
Anexo 5: Questionário sobre fatores motivacionais para cessação	134
Anexo 6: Escala HAD	135
Anexo 7: Teste AUDIT	137
Anexo 8: Teste CAGE	139
Anexo 9: Ficha de seguimento	140

Resumo

Introdução: O tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Dados epidemiológicos revelam uma elevada prevalência de tabagismo na população brasileira, ocasionando graves conseqüências à saúde pública em função das patologias tabaco relacionadas. Paralelamente, existe uma demanda crescente por tratamento de tabagismo, todavia, as ofertas de intervenções para auxílio à cessação do uso do tabaco ainda não estão integradas às rotinas dos serviços de saúde no Brasil.

Objetivos: Investigar as características sócio-demográficas e clínicas, além de motivos de busca e fatores relacionados à adesão e ao sucesso na cessação tabágica em fumantes que procuraram atendimento.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo e prospectivo, avaliou 100 tabagistas que procuraram atendimento pela primeira vez em um ambulatório especializado no tratamento de tabagismo em uma instituição pública universitária. Foram avaliados em seu primeiro comparecimento ao serviço e reavaliados após 4, 8, 12 e 24 semanas. Foram investigadas variáveis sócio-demográficas, clínicas e o questionário de dependência de Fagerström, o Teste URICA, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, o Teste AUDIT e o Questionário CAGE foram aplicados. Foram levantadas razões para busca de tratamento através do questionário sobre fatores motivacionais para cessação, que foram analisados sob perspectiva qualitativa.

Resultados: A população do estudo foi composta em sua maioria por mulheres (75%); entre 40 e 59 anos de idade (67%); escolaridade fundamental incompleto (60%); em atividade profissional (53%); com companheiro (54%); com atividades de lazer (57%);

portador de doença tabaco relacionada (53%); com tentativas prévias de parar de fumar (70%); que recebeu encaminhamento médico (51%); com dependência elevada (78%) e que recebeu incentivo de alguém para a cessação (66%). O estágio motivacional mais frequente (43%) foi Contemplação/Ação. A taxa de ansiedade foi de 64% e de depressão 39%. Os tabagistas que aderiram ao tratamento eram principalmente mulheres, sem companheiro, com prática religiosa, em estágio de Contemplação/Ação e aqueles que receberam incentivo de alguém para a cessação. A taxa de cessação entre os que aderiram foi de 3%, 47% e 66% em 4, 12 e 24 semanas e dos que não aderiram 15%, 14% e 18%, respectivamente. O sucesso na cessação se relacionou à presença de lazer, menor escolaridade e presença de doença tabaco relacionada. A análise multivariada para não adesão apontou: sexo masculino (OR 2,83, $p=0,04$, IC-1,04-7,66), ter companheiro (OR 3,38, $p=0,007$, IC-1,39-8,17), não ter recebido incentivo para cessação (OR 3,36, $p=0,01$, IC-1,33-8,51), sem prática religiosa (OR 3,02, $p=0,02$, IC-1,16-7,90) e estágio motivacional Contemplação (OR 3,11, $p=0,05$, IC-0,98-9,86). O insucesso se relacionou às variáveis receber incentivo familiar (OR 5,91, $p=0,004$, IC-1,79-19,44 e OR 2,60, $p=0,08$, IC-0,87-8,26 para 12 e 24 semanas respectivamente), sem incentivo (OR 3,38, $p=0,03$, IC-1,13-12,90), ausência de doença tabaco relacionada (OR 2,70, $p=0,04$, IC-1,01-7,25), ausência de atividades de lazer (OR 3,91, $p=0,01$, IC-1,39-11,01) e escolaridade médio/superior (OR 4,51, $p=0,02$, IC-1,22-6,58).

Conclusão: A adesão relacionou-se ao gênero feminino, sem companheiro, com prática religiosa, mais motivado a parar de fumar e que recebeu incentivo de alguém para cessação e a cessação tabágica relacionou-se a ter atividade de lazer, ter doença tabaco relacionada, receber incentivo de pessoas que não os familiares e maior motivação.

Abstract

Introduction: Smoking is the leading cause of preventable death worldwide. Epidemiological data show high prevalence of smoking in our population, causing serious consequences to public health in light of tobacco related diseases. In parallel, there is an increasing demand for treatment of smoking, however, the offers of interventions to aid cessation of tobacco use are not yet integrated into routine health services in Brazil.

Objectives: To investigate the socio-demographic and clinical reasons beyond search and factors related to compliance and success in smoking cessation in smokers who sought treatment.

Methods: A quantitative, descriptive, prospective study evaluated 100 smokers who sought treatment for the first time in a clinic specializing in treatment of smoking in a public university. Were evaluated on their first attendance at the service and re-evaluated after 4, 8, 12 and 24 weeks. Were investigated socio-demographic, clinical variables and the dependency Fagerström questionnaire, the Test URICA, the Hospital Anxiety and Depression, the Test AUDIT and the CAGE questionnaire were applied. Were raised reasons for seeking treatment through the questionnaire on motivational factors to cessation, which were analyzed from a qualitative perspective.

Results: The study population was composed mostly of women (75%) between 40 and 59 years old (67%), incomplete primary education (60%) and in professional activity (53%), with a partner (54%), with leisure activities (57%) suffering from tobacco related disease (53%), with previous attempts to quit smoking (70%) who received medical referral (51%) with high dependence (78%) and received encouragement from someone for

cessation (66%). The more often motivational stage (43%) was Contemplation / Action. The rate of anxiety was 64% and 39% for depression. Smokers who joined to treatment were primarily women, single, with religious practice, in the stage of Contemplation / Action and those who received encouragement from someone for the cessation. The cessation rate among those who joined was 3%, 47% and 66% at 4, 12 and 24 weeks and those who did not join 15%, 14% and 18% respectively. The successful in cessation was related to the presence of leisure, lower education and presence of tobacco related disease. Multivariate analysis for non-compliance noted: male (OR 2,83, p = 0,04, IC 1,04-7,66), having a partner (OR 3,38, p = 0,007, IC-1,39 -8,17) not receiving incentive for cessation (OR 3,36, p = 0,01, IC-1,33-8,51), without religious practice (OR 3,02, p = 0,02, IC-1,16-7,90) and motivational Contemplation stage (OR 3,11, p = 0,05, CI 0,98-9,86). The failure was related to variables receive family encouragement (OR 5,91, p = 0,004, CI-1,79-19,44 and OR 2,60, p = 0,08, CI 0,87-8,26 for 12 and 24 weeks respectively), with no incentive (OR 3,38, p = 0,03, CI-1,13-12,90), absence of tobacco related disease (OR 2,70, p = 0,04, CI - 1,01-7,25), no leisure activities (OR 3,91, P=0,01, CI 1,39-11,01) and middle school/high (OR 4,51, p=0,02, CI 1,22-6,58).

Conclusion: The compliance related to the female gender, unmarried, with religious practice, more motivated to quit smoking and received encouragement from someone for cessation and tobacco cessation was related to having leisure activity, have tobacco-related disease, receive encouragement of persons other than relatives and more motivated.

1) Introdução

1.1- Dados epidemiológicos

Entre as drogas psicoativas e psicotrópicas mais consumidas pelo homem, pode-se destacar o álcool e o tabaco. São substâncias consideradas lícitas na maioria dos países do mundo e gozam de grande aceitabilidade social, o que contribui para sua difusão e conseqüente elevada prevalência de uso. ¹

Estima-se que o número de fumantes gira em torno de 1,1 bilhão de pessoas no mundo. A prevalência é maior no sexo masculino (35% em países desenvolvidos e 50% em países em desenvolvimento, e entre as mulheres o percentual é de 22% e 9%, respectivamente). A faixa etária com maior número de tabagistas é a de 30 a 49 anos, com 34% de fumantes. Na América Latina e Caribe esse número sobe para 39% entre os homens e 22% entre as mulheres. ^{2,3,4}

Dados do Sétimo Estudo Nacional na População Geral realizado no Chile apontaram prevalência de tabagismo de 28%. ⁵

Entre os indivíduos com problemas psiquiátricos (principalmente esquizofrênicos), a prevalência de tabagismo é mais elevada; as taxas para essa população têm se mostrado

três vezes maiores do que na população geral e giram em torno de 50%, sendo que já atingiram 64% em 2000.^{6,7,8}

Uma das explicações apontadas por estes autores é o fato de que a nicotina afeta vários neurotransmissores e entre eles a dopamina. A liberação de dopamina pela nicotina pode trazer alívio para esquizofrênicos, principalmente para aqueles que apresentam sintomas negativos. De acordo com esta visão, o tabagismo poderia funcionar como uma “auto-medicação” para os sintomas negativos da esquizofrenia.

Outros estudos também têm discutido relações entre psicopatologia e tabagismo, tanto no sentido da elevada taxa de tabagismo em pessoas que apresentam quadros psiquiátricos quanto à sua maior dificuldade em parar de fumar. Estudo de O’Connell e colaboradores⁹ aponta que depressão, ansiedade e stress são fatores que dificultam o sucesso no tratamento de tabagistas. Indivíduos sem ansiedade apresentaram 83% mais de chance de parar de fumar do que aqueles que apresentavam sintomas ansiosos. Os participantes que tinham mais frequência em episódios de consumo pesado de bebidas alcoólicas, comparados com aqueles que não beberam no último ano, tinham menos chances de parar de fumar tanto para homens quanto para mulheres. A proporção de sucesso diminuiu quase pela metade para aqueles que bebiam mais vezes durante a semana.

Segundo dados do IBGE ¹⁰ na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios em 2009, a porcentagem de tabagistas no Brasil é de 17,2% da população com 15 anos de idade ou mais.

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em 2005, 10% da população brasileira entre 12 e 65 anos fuma. Os dados apontaram que o uso na vida foi semelhante entre 2001 e 2005 (41 e 44% respectivamente). Além disso, para cada 4 pessoas (homens ou mulheres) que fazem uso do tabaco, uma se torna dependente. ¹¹

A prevalência entre os sexos é de 11% para os homens e 9% para mulheres, segundo o Levantamento do CEBRID e 18,9% e 11,5% respectivamente segundo a Pesquisa por Amostra de Domicílios do IBGE. Neste estudo, 52,1% (24,6 milhões de tabagistas) dos entrevistados já pensaram ou planejaram parar de fumar; houve diferenças entre os gêneros, as mulheres tiveram o maior percentual (57,1%) que os homens (49,2%). Segundo o Levantamento do CEBRID, dos tabagistas entrevistados, 13,8% indicaram que já quiseram diminuir ou parar de fumar, havendo diferença entre homens e mulheres (15,4% e 12,5%, respectivamente).

O estudo do CEBRID, que avaliou indivíduos na faixa etária de 12 a 65 anos apontou como idade de maior prevalência do uso do tabaco acima dos 35 anos com 12,2% de fumantes, com diferença entre os gêneros (13,4% entre os homens e 11,2% entre as

mulheres). Já no estudo do IBGE, que abordou tabagistas com idade de 15 anos ou mais a taxa foi de 22,7% com concentração na faixa etária de 45 a 64 anos. Os dados do CEBRID apontaram 5,1 milhões de pessoas que fumam no Brasil e de acordo com o IBGE o número é de 25,5 milhões de fumantes.

As regiões Norte e Nordeste apresentam prevalência próxima, com 8,1% e 8,8% respectivamente. Nas regiões Sudeste e Sul as prevalências também se aproximam, 10,4% e 10,7% respectivamente. A região Centro-Oeste apresentou a maior prevalência, 11,5%. (CEBRID, 2005) Porém, na Pesquisa do IBGE as regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram porcentagens próximas 16,7%, 17%, 16,6% e 16,6% respectivamente, mas o Sul ficou com a maior prevalência de tabagismo (19%) sendo 22,3% entre os homens e 15,9% entre as mulheres.

1.2- Tabagismo e danos associados

O tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável em todo mundo. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram que 5,4 milhões de pessoas morrem por ano devido ao uso do tabaco. Uma pessoa morre a cada 10 segundos pelo uso do tabaco e este é responsável por 1 morte em cada 10 óbitos de adultos no mundo inteiro.¹²

Nos EUA, 20% das mortes têm sido atribuídas ao tabagismo. Entre as 25 doenças relacionadas ao hábito de fumar, todas são causas de morte em homens e mulheres, principalmente doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias (GATS, 2010).

Das mortes por doenças cardiovasculares, 10% foram atribuídas ao tabagismo e 21% de todas as mortes por câncer.²

Estudo feito em 2005 em Boston (EUA) apontou que existem diferenças na distribuição das patologias por gênero e região. Para os homens, 10% de todas as mortes por doença cardiovascular foram atribuídas ao tabaco no continente Sul-Africano, América Latina e Pacífico Oeste e 23% em regiões industrializadas, Europa e América do Norte. Para as mulheres foram atribuídas 5% de todas as mortes por doença cardiovascular em países em desenvolvimento e 20% na América do Norte.¹³

A estimativa de morte foi muito similar entre os países desenvolvidos e em países em desenvolvimento (2,41 milhões de mortes e 2,43 milhões de mortes, respectivamente). Dessas mortes, 3,84 milhões ocorreram em homens. Esses óbitos tiveram como principais causas: doença cardiovascular (1,69 milhões de mortes), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (0,97 milhões de mortes) e câncer de pulmão (0,85 milhões).²

No Brasil esse número também é alarmante, segundo dados do INCA são 200 mil mortes por ano, ou seja, 23 pessoas morrem por hora pelo hábito do tabaco. O tabagismo é causa de 50 doenças diferentes, entre elas estão doenças cardiovasculares (infarto, angina), vários tipos de câncer e doenças respiratórias (DPOC, enfisema, bronquite). O tabagismo é responsável por 25% de todas as mortes por doença coronariana, 45% das doenças coronarianas acima dos 60 anos, 90% dos casos de câncer de pulmão e 30% de outros tipos

de câncer (boca, laringe, esôfago, rim, pâncreas, bexiga e colo do útero), segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil.¹⁴

A OMS⁴ estima que 100 mil crianças tornam-se fumantes a cada dia em todo o planeta. Se as estimativas de aumento do consumo de produtos como cigarros, charutos e cachimbos se confirmarem, o número de mortes anuais aumentará para 10 milhões por volta de 2030.

Na Ásia, mais de 60% dos homens fumam, estendendo o risco do tabagismo passivo a meio milhão de mulheres e crianças. O tabagismo passivo pode trazer graves danos à saúde das crianças, aumentando as taxas de pneumonias, bronquites e o risco de morte súbita, entre outras patologias.⁴

Apesar da disseminação das informações sobre os malefícios do uso do cigarro, outros fatores fazem com que os jovens ainda experimentem o tabaco, entre eles, a imitação dos adultos, curiosidade pelo produto e necessidade de auto-afirmação, fatores relevantes, principalmente entre os adolescentes.¹⁵

A idade da primeira experiência com o tabagismo tem sido precoce e ocorrendo principalmente na presença de amigos. A motivação na maioria dos casos é a curiosidade de experimentar ou mesmo a influência dos pares.¹⁶

O hábito de fumar em geral se inicia na adolescência e a prevalência de experimentação pode chegar a 50% em alguns países. A faixa etária de maior experimentação foi a que contempla entre 14 e 16 anos e a faixa etária de início do hábito de fumar também foi maior entre os 14 e 16 anos. Daqueles que experimentam, 20% continuam com o hábito de fumar, tornando-se dependentes.^{16,17}

Além disso, Jarvis¹⁸ aponta que o tabagismo entre pais, irmãos e parentes também representam um atrativo para o início do uso do tabaco na adolescência. Alguns dos aspectos psicológicos apontados como indicadores de iniciar tabagismo na adolescência são baixa auto-estima, bem-estar psicológico prejudicado e baixo desempenho escolar.

Assim como ocorre com outras drogas, o tabagismo incide mais entre os indivíduos que possuem menores chances no mercado de trabalho, condições economicamente desfavoráveis, aqueles afetados pela falha escolar, com poucas esperanças e projetos para o futuro.^{18,19}

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o cigarro tem mais de 4.700 substâncias tóxicas diferentes. A fase gasosa contém monóxido de carbono, amônia, cetonas e a fase particulada possui o alcatrão, que é composto por várias substâncias comprovadamente cancerígenas. A nicotina é responsável pela ação produtora de dependência do cigarro de tabaco.¹⁴

Além dos fatores sócio-culturais relacionados ao consumo do tabaco, variáveis neurobiológicas contribuem para a manutenção do uso. Estudos norte-americanos realizados na década de 80 concluíram que o cigarro e outras formas de uso do tabaco geravam dependência e constataram também que a nicotina é a droga presente no cigarro com o potencial dependogênico.²⁰

A partir de múltiplos sítios de ação, a nicotina produz efeitos predominantemente excitatórios. Estudos realizados com animais demonstraram que o uso dessa substância aumenta a liberação de dopamina causando euforia, aumentando a atenção/concentração, a aprendizagem e o tempo de reação e resolução de problemas; a liberação de serotonina pode causar ansiedade; a maior disponibilidade de acetilcolina, melhora a memória e a noradrenalina contribui para aumento da frequência cardíaca e melhora da atenção.²¹

A absorção da nicotina no pulmão é rápida e produz uma elevada taxa de nicotina no sangue até chegar ao cérebro em 10-15 segundos, mais rápida que uma injeção intravenosa. A nicotina tem uma meia-vida de distribuição de 15-20 minutos e redução no nível sanguíneo em torno de duas horas.¹⁸

Segundo Heishman e colaboradores²¹, tragar um cigarro produz um efeito estimulante no sistema nervoso central, farmacologicamente análogo ao descrito pelos usuários de cocaína/crack, embora de menor intensidade e com menor repercussão comportamental. Esse efeito pode contribuir para a dificuldade na manutenção da abstinência, pois a falta da substância no cérebro gera sintomas desagradáveis; em função

disto entre os fumantes que já tentaram parar de fumar, em torno de cinco a sete tentativas são necessárias até a obtenção do sucesso definitivo.

A síndrome de abstinência do tabaco, um dos principais fatores associados à dificuldade de manutenção na cessação, cursa freqüentemente com sintomas ansiosos (ansiedade, irritabilidade, aumento de apetite), de humor (disforia, desânimo, depressão), cognitivos (déficit de memória e da atenção), além de insônia, tremores e incoordenação motora.^{22,23}

Considerando os danos associados ao tabagismo para os fumantes e para as pessoas expostas à fumaça do cigarro, têm sido empreendidas medidas que tem como principal foco a abordagem da poluição tabágica ambiental (PTA) e o fumo passivo. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹⁵ criou em 15 de Janeiro de 2003, a lei 9.294 que regulamenta as restrições sobre a propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas no Brasil. Essa lei permite que a propaganda de cigarro seja feita apenas na parte interna dos locais de venda do produto, por meio de pôsteres, painéis e cartazes.

No estado de São Paulo a lei 13.541 de 7 de maio de 2009 regulamenta o uso do tabagismo no Estado, e determina *“Fica proibido no território do Estado de São Paulo, em ambientes de uso coletivo, públicos ou privados, o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco. § 1º - Aplica-se o disposto no “caput” deste artigo aos recintos de uso coletivo, total ou parcialmente*

fechados em qualquer dos seus lados por parede, divisória, teto ou telhado, ainda que provisórios, onde haja permanência ou circulação de pessoas.”

Essas medidas, ainda recentes no Brasil têm sido simultaneamente alvo de críticas, que utilizam como principal argumento o direito individual frente ao coletivo e principalmente de apoio, reforçado pelas evidências em saúde pública, que apontam que metade da população mundial, incluindo 700 mil crianças, têm sido expostas dentro de suas casas ao tabagismo passivo.¹² Tais medidas deverão ser alvo de avaliação de seu impacto no futuro.

1.3- Fatores relacionados à cessação

Entre os mecanismos envolvidos na manutenção do tabagismo e na dificuldade de abandono do uso de tabaco destaca-se a frequência de sua utilização. O hábito tabágico, na maioria dos usuários, é um comportamento que se repete muitas vezes ao dia, poucos comportamentos são repetidos tantas vezes.²⁴ Essa alta frequência com que o cigarro é utilizado facilita que tal uso seja associado a situações do dia-a-dia. Assim, o fumar ocorre ao levantar, ao tomar café, após as refeições, quando há tensão, e quando as pessoas trabalham sob pressão.²⁵ Neste sentido, a sensação de bem estar produzida pelo uso do tabaco, em contraposição aos sintomas desagradáveis da abstinência são alguns dos fatores que levam o fumante a ter dificuldade em empreender iniciativas de cessação do tabagismo.

Estudos mostram que as mulheres buscam mais tratamento do que os homens (65,6% de mulheres), mas ao longo de três anos os homens foram aumentando gradativamente a busca por tratamento (de 25% para 38,6% e para 38,7%, nos anos de 2002 a 2005).²⁶

Estudo nacional que avaliou usuários de álcool, cocaína, maconha, crack e codeína indicou que as principais razões apontadas para busca tratamento foram o descontrole quanto ao início, término e aos níveis de consumo, percepção da abstinência fisiológica, percepção da tolerância, abandono de interesses e prazeres alternativos e percepção das conseqüências nocivas da droga. Portanto, o autor conclui que o reconhecimento da síndrome de dependência pelos usuários é um dos fatores motivacionais para a busca de tratamento.²⁷

No trabalho feito por Resende e colaboradores, a busca por tratamento em dependentes de álcool se deu depois de chegarem à dependência grave, quando o comportamento de beber deixou de ser mantido por contingências reforçadoras positivas e passou a ser mais punido do que reforçado por este comportamento. A partir deste ponto, o beber associou-se predominantemente ao alívio dos sintomas indesejáveis e incômodos da abstinência do álcool. As entrevistas motivacionais tiveram mais êxito na questão da diminuição da ambivalência do que outras abordagens. Ressaltam também a importância de se utilizar a entrevista motivacional e terapia cognitivo-comportamental como estratégias para mudança na fase de motivação para tratamento, passando do estágio de contemplação para o estágio de ação, visando auxiliá-los na diminuição e/ou na elaboração de sua

ambivalência, tornando-os mais preparados para o tratamento, já que eles ponderam a possibilidade de mudança.²⁸

Estudo realizado com tabagistas aponta que um dos fatores relacionados à manutenção de consumo para estes pacientes seria a ansiedade causada pela necessidade de aprovação nas relações interpessoais e que técnicas como o treinamento de assertividade, poderiam contribuir para amenizá-la.²⁹

Um aspecto que tem sido valorizado nas taxas de sucesso terapêutico de diferentes patologias é a adesão ao tratamento.³⁰ Estudo de revisão discute dois termos relacionados ao que se convencionou denominar adesão: *compliance* e *adherence*. O termo *compliance* estaria mais centrado na ideologia biomédica, sendo o médico o responsável pelo controle da situação. Neste sentido, o paciente é visto como um cumpridor de recomendações, sem autonomia no tratamento de sua doença.³¹

Já os termos *adherence* (ou *adhesion*) segundo estes autores, procuram ressaltar a perspectiva do paciente, como um ser capaz de uma decisão consciente e responsável por seu tratamento. O termo adesão compreende que os pacientes têm autonomia para aceitar ou não recomendações médicas. Isso não significa que os médicos são desresponsabilizados, enquanto provedores e participantes ativos do processo de cura. Assim sendo, se o paciente não adere (*nonadherence*) ao tratamento é porque ele assim escolheu; não é de responsabilidade do sistema ou dos médicos. Entretanto, a auto-

regulação do tratamento não desresponsabiliza a saúde pública, pelo contrário, exige que uma política adequada de atendimento e cura seja oferecida à população em geral.³¹

Estudo nacional aponta que uma das formas de avaliação da adesão consiste no levantamento da frequência do paciente ao atendimento, sendo que em seu trabalho considerou como aderidos ao tratamento de tabagismo, os pacientes que completaram todas as etapas da avaliação, ou seja, que tiveram frequência de pelo menos oito semanas no Ambulatório de Auxílio ao Abandono do Tabagismo. Em seu trabalho, os homens aderiram mais ao tratamento do que as mulheres (40% e 17,7%, respectivamente, $p=0,002$). As mulheres e os participantes que não aderiram ao tratamento tinham *scores* mais altos de depressão e ansiedade do que os homens e os participantes que aderiram ao tratamento. Os autores apontaram que níveis altos de ansiedade e depressão dificultam a adesão ao tratamento do tabagismo. Esse estudo apontou ainda que o grau de dependência não interferiu na adesão ao tratamento, mesmo nos casos de dependência grave.³⁰

Para avaliar a adesão de pacientes submetidos a tratamento do tabagismo, uma alternativa apresentada na literatura é o MAQ (Questionário de Adesão a Medicação) que encontrou dois tipos de não adesão de pacientes nesse tipo de tratamento: não adesão não intencional, em que o paciente esquecia-se de tomar a medicação e não adesão proposital, em que o paciente não tomava a medicação por algum motivo, principalmente para ver se se sentia melhor sem o remédio.³²

Estudo aponta que a personalização do atendimento reduziu consideravelmente as taxas de abandono do tratamento e que houve maiores índices de alta quando ocorria a utilização adequada do medicamento. Este estudo indica que o vínculo médico/terapeuta-paciente é fundamental para uma boa adesão ao tratamento e retorno ao serviço se for necessário posteriormente.³³

A interação médico-paciente é fundamental para adesão a tratamento em processo de cessação do tabagismo. Neste estudo, 55% dos pacientes deixaram de fumar em 1 a 3 meses depois da medicação tomada. Esses pacientes relataram que foi de extrema importância a não confrontação, colaboração e interações satisfatórias entre médico e paciente para que o tratamento tivesse sucesso.³⁴

O estudo de Borrelli e colaboradores apontou que o grupo em uso de medicação ativa em comparação com o grupo controle (placebo) apresentou diferenças estatísticas importantes na adesão ao tratamento, especialmente para aqueles que aderiram à data de parada marcada estabelecida pelo protocolo do tratamento (4ª semana). O estudo ressalta benefício principalmente para os que tinham taxas de dependência a nicotina menos graves, havendo entre estes menores taxas de recaída.³⁵

Estudos indicam que o processo psicoterápico é eficaz, capaz de provocar alterações nos mecanismos neuroquímicos, no comportamento e no pensamento, tanto quanto a farmacoterapia e pode levar a mudanças cognitivas em vários aspectos psicológicos do

indivíduo.¹⁹ Para as autoras, que propõe uma abordagem cognitivo comportamental, a função do terapeuta seria a de identificar as crenças e pensamentos inadequados que desencadearam o comportamento e junto com o paciente discutir sua veracidade e propor mudanças. Quanto se trata de uso de substância, rever os prós e contras em manter o consumo da mesma, quais as cognições, emoções e comportamentos que estão ligados a ela e quais as funções que a droga tem na vida do paciente.

No processo de cessação tabágica, propõem auxiliar o paciente a redimensionar seus pensamentos e sua maneira de estar no mundo e perceber que pode ter novas experiências sem a droga. A psicoterapia poderá lhe auxiliar no autocontrole sobre a substância, aumentando sua autoconfiança e auto-estima.

Estudo realizado no Canadá³⁶ apontou entre os fatores de não adesão de mulheres a tratamentos prolongados ao tabagismo: 1) dificuldades de horário, 2) dificuldade em deixar suas crianças e 3) dificuldades de transporte 4) histórico de depressão e 5) alto nível de stress pelo PCC (Perceived Stress Scale), o que pode ter interferido na adesão ao tratamento.

Além da adesão ao tratamento de tabagistas, o sucesso é outro fator de importante discussão. Estudo³⁷ concluiu que os preditores de sucesso terapêutico para tabagismo foram ser casado e aqueles que relataram não ter o hábito de fumar para “matar o tempo”, ou seja, aqueles que se envolviam em outras atividades na sua rotina e não precisavam fumar para se ocupar. Aquelas participantes que obtinham sucesso com as tentativas de parar de fumar

eram mais velhos e tinham mais alto nível de escolaridade. Outros fatores atribuídos ao sucesso terapêutico foram ter algum problema de saúde decorrente do tabagismo e a alta frequência em tratamentos médicos, o que possibilitou um encorajamento pelos médicos para as pessoas pararem de fumar.

Estudo feito na Estônia³⁸ mostrou que os participantes casados tiveram mais chances de parar de fumar do que os não casados e separados, os com alto nível educacional em comparação ao baixo nível escolar ou sem estudo, os que estavam empregados ou com negócio próprio em comparação aos desempregados e sem ocupação, e com renda alta e média em comparação aos participantes com baixa renda, para homens e mulheres. Além desses fatores outro estudo aponta que ter idade avançada foi um preditor de sucesso no tratamento de tabagistas.³⁹

Outro estudo que avaliou 320 pacientes de 2002 a 2005 apontou que 63,3% dos pacientes tiveram sucesso no tratamento. Os fatores sexo, grau de dependência e número de cigarros fumados por dia não se mostraram relacionados a sucesso, porém quando comparados os que já tinham mais de uma tentativa de parar de fumar anteriormente ao tratamento houve tendência ao sucesso terapêutico.²⁶

O estudo que comparou grupos separados de controle de stress e tratamento usual para mulheres. Para o grupo de controle de stress a abstinência foi maior, com taxa de 48,7% contra 34,9% ($p=0,05$) do grupo em tratamento usual. Em 12 meses a diferença não foi tão

expressiva, apresentando 28,2% para o grupo de controle de stress e 23% para o grupo de tratamento usual, sendo que o grupo de controle de stress recebeu 16 horas de intervenção comportamental.³⁶

Outro fator preponderante em tratamento de tabagismo aponta os dados relacionados ao insucesso no tratamento. Portanto, a dependência grave à nicotina foi o único fator de insucesso no tratamento do tabagismo. A utilização de técnicas cognitivo-comportamentais e terapêutica farmacológica foi associado a maiores índices de sucesso neste estudo.⁴⁰

Outro estudo³⁹ apontou que a idade de iniciação do tabagismo é inversamente proporcional à chance de parar de fumar em mulheres, portanto, quanto mais cedo iniciado o tabagismo, mais difícil o processo de cessação. Fatores associados a problemas emocionais como poucos interesses na vida para homens e humor deprimido em mulheres foram também apontados como obstáculos para conseguir a interrupção do hábito de fumar.

Estudo polonês apontou que entre as principais causas de insucesso terapêutico o desconhecimento dos profissionais sobre como auxiliar os tabagistas na cessação e os altos custos das medicações. Sugeriu ainda que, na Polônia, as altas taxas de tabagistas que param de fumar sozinhos podem estar relacionadas a não confiança dos pacientes na eficácia do tratamento.⁴¹

Uma das dificuldades encontradas pelos ex-tabagistas é a sua reorganização biopsicofisiológica, sendo descritos dois principais tipos de ex-fumantes: aqueles que depois da cessação conseguem se organizar psiquicamente e aqueles que não conseguem os mesmos resultados depois da parada, pois seu funcionamento psíquico fica permanentemente alterado, podendo apresentar sintomas depressivos, ou ainda déficits cognitivos importantes, necessitando de medicação complementar.^{42,43} Discute-se então, se a segunda situação associa-se à hipótese da automedicação de sintomas psíquicos, na qual o indivíduo utiliza a nicotina como um regulador de alguma deficiência orgânica inata ou adquirida e a substância atuava como “compensador” dessa deficiência.

Diferenças entre os gêneros na cessação foram discutidas em trabalho feito em Pensilvânia, EUA, apontando que mulheres têm mais dificuldade de parar de fumar do que os homens, com destaque para o temor do ganho de peso, influências do ciclo menstrual no humor, necessidade de suporte social para parar e sensibilidade das mulheres a estímulos ambientais relacionados ao cigarro. Propõe então que no tratamento a mulheres tabagistas devem ser incluídas intervenções específicas de aconselhamento para aumentar as taxas de cessação nesta população.⁴⁴

Quanto à análise da manutenção da abstinência, as mulheres foram mais propensas a recair quando não aderiram à data de parada estabelecida quando comparadas com os homens. O estudo conclui que as mulheres podem ser mais ambivalentes no processo de cessação do tabagismo, portanto, necessitando de mais reforços motivacionais no tratamento de parar de fumar.³⁵

Estudo³⁵ feito nos EUA encontrou taxa de 30% de ansiedade entre os tabagistas avaliados. Os autores apontam que altas taxas de ansiedade estão diretamente relacionadas a altas taxas de dependência à nicotina, e que os tabagistas que apresentam sintomas de ansiedade e depressão experimentam mais sintomas de abstinência durante a tentativa de parar de fumar.

Então, alguns fatores devem ser considerados preliminarmente, como por exemplo, o *craving* ou “fissura”, já que é um dos principais obstáculos para parar de fumar. Para aqueles pacientes pouco interessados em interromper o uso, devem ser implementadas estratégias motivacionais, entre elas, informar sobre aspectos individuais relevantes a cessação; relatar sobre os riscos do tabagismo (crônico, agudo e ambientais); descrever os benefícios decorrentes da cessação e investigar as barreiras na busca pelo tratamento.⁴⁶

Outra variável que tem sido considerada relevante no processo de cessação é o auxílio proporcionado pela rede de apoio do tabagista. Estudo realizado com homens usuários de tabaco sem fumaça (mastigado) apontou que o apoio recebido pelas companheiras foi eficaz em 71% dos casos em 6 meses de follow-up de cessação, sendo que as mulheres desempenharam papel importante em todos os estágios de motivação para tratamento de cessação deste padrão de uso de tabaco.⁴⁷ Essas mulheres eram esposas dos pacientes e recebiam manuais sobre como ajudar (o que fazer e o que não fazer) para auxiliá-los na cessação. Por outro lado, para as mulheres que receberam auxílio dos seus

parceiros (maridos) na cessação do tabaco, não houve ganhos na motivação de parar de fumar quando comparado ao estudo feito com os homens.

Trabalho realizado em Washington, concluiu que pessoas que moram com fumantes, seja em casa ou nos alojamentos de trabalho, têm interferência negativa nos *scores* de motivação e no interesse para parar de fumar quando comparados com os participantes que não co-habitavam com fumantes.⁴⁸

Outro estudo sobre razões de insucesso apontou que entre os tabagistas que tinham cônjuges que fumavam houve menor chance dos mesmos cessarem o tabagismo. Esses autores apontam a necessidade do envolvimento dos familiares nos tratamentos para cessação do tabagismo.⁴⁹

Considerando, portanto a relevância dos danos individuais e coletivos associados ao tabagismo, este estudo pretende discutir aspectos relacionados à busca, adesão e sucesso na cessação tabágica de indivíduos que procuraram tratamento em um serviço ambulatorial universitário. Pretende-se com isto contribuir com dados que otimizem as estratégias de abordagem do fumante.

2) Justificativa

Os dados epidemiológicos revelam uma elevada prevalência de tabagismo na população brasileira, o que acarreta uma série de problemas de saúde, tornando-se uma prioridade em saúde pública no país.

O crescimento da conscientização sobre os malefícios provocados pelo cigarro e uma demanda crescente por tratamento de tabagismo, indicam a necessidade de criação de estratégias de otimização para a cessação. Pesquisar sobre os fatores associados à busca, adesão e sucesso é necessário.

3) Hipóteses:

Alguns aspectos já estudados influenciam na busca por tratamento, adesão e sucesso na cessação tabágica. São eles: sexo, idade, presença de doença tabaco relacionada, gravidade da dependência, estágio motivacional, preocupação com a saúde e tipo de incentivo recebido para cessação.

4) Objetivos:

4.1-Objetivo Geral:

Investigar fatores envolvidos na busca, adesão e sucesso na cessação tabágica de indivíduos que procuraram tratamento.

4.2-Objetivos secundários:

- Descrever as características sócio-demográficas e clínicas de pessoas que procuraram atendimento para cessação do tabagismo no Ambulatório de Substâncias Psicoativas do HC/UNICAMP.

- Investigar os fatores que contribuíram para a não adesão ao tratamento.

- Investigar os fatores que contribuíram para o insucesso na cessação do tabagismo.

- Correlacionar os fatores de busca de tratamento, adesão e cessação com variáveis sócio-demográficas e clínicas.

5) Método

5.1-Desenho do estudo e local

Este é um estudo quantitativo, descritivo e prospectivo, que avaliou os fatores associados à busca de tratamento e desfechos (adesão e cessação) de tabagistas que procuraram atendimento pela primeira vez em um ambulatório especializado para tratamento de tabagismo em uma instituição pública universitária. Os indivíduos foram avaliados em seu primeiro comparecimento ao serviço e reavaliados após 4, 8, 12 e 24 semanas.

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), serviço universitário que realiza em média 32 mil atendimentos no mês em 44 especialidades, além dos atendimentos de urgência. O acesso da população ao Hospital é feito através dos municípios que integram a área de cobertura do HC ou ainda outros Estados do país.⁵⁰

Este estudo foi realizado em um dos ambulatórios de Psiquiatria do HC-Unicamp, denominado Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA), serviço de referência para o atendimento de pacientes portadores de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Por estar inserido em um hospital geral de complexidade

terciária, atende prioritariamente pacientes que apresentam padrão de dependência e taxas elevadas de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas.

Em função das especificidades referentes ao tabagismo (dependência lícita, faixa etária de busca de tratamento predominantemente mais elevada do que nas demais dependências, maior frequência de gênero feminino, visão social do tabagismo e demanda por tratamento, entre outras) optou-se por criar em 2002 uma estrutura de acompanhamento grupal e individual específica para os tabagistas dentro deste ambulatório, denominada ASPA-Tabagismo.

O grupo de tratamento para tabagistas foi conduzido a princípio no formato proposto pelo Ministério da Saúde que sugere a realização de quatro encontros, sendo que no segundo encontro (segunda participação no grupo) os pacientes já marcavam a data de parada para interromper o tabagismo. A partir da observação de que o tempo proposto para tratamento mostrava-se insuficiente para a maioria dos pacientes, a equipe optou por implementar mudanças no modelo de atendimento. Desde 2003 passou a funcionar com dois grupos distintos (Grupo Motivacional e Grupo Terapêutico), visando ampliar o tempo dedicado à motivação do paciente.

Quando o paciente comparece pela primeira vez ao ASPA-Tabagismo buscando tratamento para parar de fumar é acolhido no Grupo Motivacional (GM), grupo aberto, de

funcionamento operativo, que se utiliza do aprendizado mútuo tanto nas informações como nas interações entre os participantes e coordenadores, incentivando atitudes de auto-percepção e de mudança frente ao tabagismo. O GM é coordenado por um membro diferente da equipe por semana e é observado por alunos de graduação em Medicina, residentes de Psiquiatria e Medicina de Família, estagiários e profissionais ligadas à atenção primária visando capacitação dos mesmos para atuarem em tabagismo.⁵¹

Ao paciente é informado que o mesmo pode vir ao GM quantas vezes quiser até sentir-se suficientemente motivado para iniciar a segunda etapa do tratamento; também lhe é sugerido que uma participação mínima de 4 sessões motivacionais tem se mostrado mais efetiva do que um número menor de comparecimentos.

Nesse grupo as pessoas recebem algumas informações sobre o tabagismo, tais como, mecanismos da dependência (ação da nicotina no sistema nervoso central, mecanismos comportamentais); sintomas de abstinência (seu papel como dificultador no abandono do tabaco); ambivalência diante da cessação (eles são levados a refletir sobre porque fumam e porque não querem mais fumar, fazendo uma balança decisória e ganhando consciência do porque estão no grupo, porque querem parar de fumar e auto-avaliação do estágio de motivação para a mudança); alternativas de tratamento farmacológico (antidepressivos, terapia de reposição de nicotina-TRN) e o fluxo do serviço (sugerido no mínimo 4 semanas no Grupo Motivacional, de 6 a 8 semanas no Grupo

Terapêutico e retorno mensal no GM como prevenção de recaída e estímulo aos novos pacientes, até completar um ano de abstinência e após alta).

Ao final do Grupo Motivacional há um momento para depoimentos, no qual os pacientes que estão no grupo como prevenção de recaída contam como foi para eles parar de fumar, o que utilizaram como estratégias de enfrentamento, o que tomaram de medicação, entre outros, e os pacientes do GM são estimulados a tirar suas dúvidas.

O paciente é orientado a comparecer no mínimo 4 semanas no Grupo Motivacional e quando ele se sente preparado para marcar data para parar de fumar solicita a marcação de uma Triagem Individual (TI). Nela, o paciente é avaliado por uma dupla de profissionais (um médico e um não médico) e neste momento são colhidos dados sócio-demográficos, clínicos, história tabágica, avaliação do estágio motivacional para parar de fumar, é medido seu grau de dependência à nicotina pelo teste de Fagerström⁵³, avaliação da presença e gravidade de comorbidades clínicas e psiquiátricas, avaliação da indicação de uso de tratamento farmacológico complementar e se estiver no estágio de ação para parar de fumar é solicitado que marque uma data de parada. A indicação ou não da farmacoterapia, bem como as doses e tempo de utilização variaram de acordo com as necessidades específicas e limitações clínicas de cada paciente, além da avaliação de resposta terapêutica e efeitos colaterais. O ASPA dispõe da utilização de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) na forma de adesivo e goma e bupropiona, ambas em quantidade insuficiente para suprir a demanda dos pacientes, representando uma limitação no tratamento farmacológico. A TI é

supervisionada por um docente psiquiatra e se houver concordância dos avaliadores sobre a indicação o paciente é encaminhamento ao Grupo Terapêutico (GT) a partir da próxima semana, se não estiver em estágio de ação, é orientado a permanecer no GM por mais algumas semanas até nova avaliação individual quando se sentir preparado.

O Grupo Terapêutico, de formato mais fechado, coordenado por um terapeuta e um co-terapeuta, ocorre semanalmente, havendo considerável rotatividade, pois quando um paciente completa as 8 semanas e tem alta do GT, ele volta para o GM para prevenção de recaída, simultaneamente à entrada de um novo paciente que fez TI. Desta forma, este grupo trabalha com pessoas em diferentes estágios do tratamento (quem acabou de marcar a data para parar, aqueles que estão abstinentes e os que já estão com 8 semanas de abstinência e já vão ter alta), embora todos estejam em estágio de ação, o que dá a oportunidade da troca de experiência entre os integrantes do grupo.

Estudo realizado anteriormente sobre o atendimento ao tabagismo neste ambulatório apontou como principais características dos pacientes que realizaram tratamento uma predominância de mulheres, de baixa escolaridade, e com elevada dependência tabágica.⁵¹

Com o objetivo de aprofundar a compreensão dos fatores associados à busca de tratamento, as respostas pertinentes ao tema foram analisadas por metodologia qualitativa, através de leitura das transcrições das mesmas com posterior agrupamento em categorias,

visando dar sentido em termos das significações que as pessoas trazem para os fenômenos.⁵²

5.2-Sujeitos

Foram incluídos neste estudo 100 indivíduos que procuraram pela primeira vez o Ambulatório de Substâncias Psicoativas do HC-UNICAMP para tratamento de tabagismo no período de Março de 2008 a Março de 2009 e que consentiram em participar da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). A amostra foi de conveniência em função de ter estipulado a necessidade de um tempo mínimo de chegada ao serviço anterior ao Grupo Motivacional do Tabagismo.

- Critérios de inclusão:

Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, que tinham acima de 18 anos, que fumavam diariamente há pelo menos 6 meses, que estavam procurando pela primeira vez o Ambulatório de Substâncias Psicoativas da Unicamp em busca de tratamento para cessação do tabagismo (primeira reunião do Grupo Motivacional) e que tinham tempo hábil para serem entrevistados pela pesquisadora antes do Grupo Motivacional sem acarretar prejuízo de sua participação no grupo e conseqüentemente sem atrasar o início de seu tratamento. A opção por não incluir no estudo pacientes que não procuravam pela primeira vez o ASPA e não realizar entrevistas após o GM teve por objetivo evitar que os pacientes

utilizassem termos aprendidos neste grupo e não expressassem suas espontâneas motivações.

- Critérios de exclusão:

Foram excluídos pacientes que na avaliação da entrevistadora (psicóloga, autora deste trabalho) apresentavam no momento da abordagem para participação no estudo comprometimento cognitivo, psicológico ou emocional que impedisse a compreensão da pesquisa e/ou do TCLE.

5.3-Instrumentos

Foram utilizados três questionários semi-estruturados (na avaliação inicial, na avaliação da motivação para tratamento e no seguimento nas semanas 4, 8, 12 e 24), e cinco instrumentos psicométricos, todos aplicados, nenhum sendo utilizado na forma de auto preenchimento.

1. Questionário de descrição do entrevistado (Anexo 2) - instrumento semi-estruturado, composto das seguintes informações: dados de identificação da entrevista (nº da entrevista, data, tempo de duração da entrevista, telefone de contato do paciente); dados de identificação do entrevistado (iniciais, sexo, data de nascimento, idade, profissão, situação profissional, atividade, escolaridade, procedência, estado civil, quantos filhos, idade dos filhos, com quem mora, atividades de lazer, religião, prática religiosa, doença

física, se sim qual doença física, doença mental, se sim qual a doença mental, uso de álcool, se sim qual a frequência, se já fez ou faz uso de outra substância psicoativa, quando foi o último consumo desta substância e dados do encaminhamento (se procura voluntária, por médico e qual a especialidade do médico, amigo ou colega de trabalho ou outros profissionais de saúde).

2. Questionário de Dependência de Fagerström (Anexo 3) - foi desenvolvido especificamente para avaliar a dependência física à nicotina. Sua pontuação varia de: 0 a 2 pontos, muito baixa; 3 a 4 pontos, baixa; 5 pontos, média; 6 a 7 pontos, elevada e 8 a 10 pontos, muito elevada.⁵³ Uma soma acima de seis pontos indica que provavelmente o paciente terá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.^{54,55}

3. Escala URICA - University of Rhode Island Change Assesment Scale (Anexo 4) – é uma escala de 32 itens que avalia o estágio de prontidão para mudança, dividida em oito itens que contemplam cada um dos estágios motivacionais segundo o modelo proposto por Prochaska e DiClemente.⁵⁶ São 4 estágios distintos: pré-contemplação; contemplação; ação e manutenção. Cada estágio corresponde a uma fase relacionada ao momento do indivíduo com relação a uma possível mudança empreendida na sua vida, assim compreendida.⁵⁷

- Pré-contemplação - estágio em que o indivíduo não vê razão para mudança de comportamento. No caso do tabagismo, não considera que o seu consumo de cigarros está sendo prejudicial;

- Contemplação – os contempladores são aqueles que estão cientes de que existe um problema, mas ainda encontram-se ambivalentes quanto a que decisão tomar com relação ao seu hábito tabágico;
- Ação – os indivíduos neste estágio começaram a trabalhar a mudança e procurar ajuda na implementação de estratégias de mudança do comportamento;
- Manutenção – mantenedores já empreenderam a mudança pretendida e buscam estratégias para manter e consolidar o sucesso alcançado.

4. Questionário sobre fatores motivacionais para cessação (Anexo 5) – instrumento semi-estruturado, composto das seguintes questões: com que idade começou a fumar; como começou, por que começou; há outras pessoas que moram com você que fumam e quem; por que fumar começou a incomodá-lo; quando e por que decidiu procurar tratamento para parar de fumar; se já sofreu algum constrangimento por fumar; se já teve algum problema de saúde tabaco relacionado e quais; se é a sua primeira tentativa de parar de fumar, se não, quantas tentativas já fez, quando foi a última tentativa, quanto tempo ela durou e se nessa última tentativa recebeu algum tipo de auxílio e qual; se alguém o incentivou a tomar a decisão de parar de fumar e quem; qual foi a reação da sua família diante da sua decisão e o que o motivou a tomar a decisão de parar de fumar.

5. Escala HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Anexo 6) – A escala HAD contém 14 questões de múltipla escolha. Composta de 7 itens para ansiedade e 7 itens para depressão. A pontuação para cada sub-escala vai de 1 a 21. Essa escala foi primariamente desenvolvida para ser aplicada a pacientes de serviços não psiquiátricos de um hospital geral e se destina a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos; é curta, podendo ser rapidamente preenchida; ao paciente solicita-se que responda baseando-se em como se sentiu durante a última semana.⁵⁸ Após a validação, considerou-se que para o ponto de corte de 8/9, a sensibilidade foi de 93,7% na HAD-A e 84,6% na HAD- D e a especificidade foi de 72,6% na HAD-A e 90,3% na HAD- D.⁵⁹

6. Escala AUDIT - The Alcohol Use Disorder Identification Test (Anexo 7): Esta escala foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde em 1992 para identificar as pessoas cujo consumo de álcool se tornou prejudicial ou perigoso à sua saúde.⁶⁰ Este teste de identificação de transtornos causados pelo uso de bebida alcoólica possui 10 itens e pontuações acima de 8 indicam uso prejudicial de bebidas alcoólicas.⁶¹

7. Questionário CAGE - Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener (Anexo 8): Este instrumento de *screening* detecta indivíduos com beber de risco, possuindo uma boa sensibilidade e especificidade para duas respostas positivas.^{62,63}

8. Ficha de Seguimento (Anexo 9): questionário semi-estruturado construído com o objetivo de avaliar a frequência aos grupos motivacionais e terapêuticos; fatores que motivaram a continuidade no tratamento; quando o paciente referia abandono de tratamento eram questionados os motivos da não-adesão e perguntas relacionadas ao tabagismo: se parou de fumar, reduziu, aumentou ou recaiu. Todas estas perguntas foram realizadas nas semanas 4, 8, 12 e 24 do seguimento.

5.4-Procedimentos

A etapa inicial deste projeto constou da realização de uma fase piloto, com aplicação dos instrumentos em 10 sujeitos com os objetivos de: treinamento para aplicação da pesquisadora e calibragem com a aluna de iniciação científica (Adriana Carneiro Russo), avaliação do tempo de aplicação dos instrumentos e ordenação dos mesmos, além de readequação da ordem das perguntas do instrumento semi-estruturado (Anexo 5). Estas entrevistas não foram incluídas na análise final dos dados.

Após a realização da fase piloto iniciou-se a fase de coleta de dados propriamente dita, que foi empreendida pela própria pesquisadora e, em 20 sujeitos a primeira parte da entrevista (até o Questionário sobre fatores motivacionais para cessação) houve a participação de uma aluna de 3º ano de Medicina em projeto de iniciação científica. Esta aluna foi devidamente treinada para aplicação dos instrumentos na fase de aplicação do projeto piloto. Todas as entrevistas foram realizadas face a face e anotadas durante a sua realização.

Os pacientes eram entrevistados no primeiro dia antes do Grupo Motivacional com o objetivo de evitar a habituação com os termos utilizados pelos profissionais no GM. Os pacientes que chegavam ao ambulatório pela primeira vez com tempo hábil para serem entrevistados (aproximadamente 20 minutos) eram convidados a participar do estudo. Se concordassem, a eles era lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Anexo 1), era-lhes explicado que a sua participação ou recusa não interferiria no seu acompanhamento no ambulatório e que se o mesmo aceitasse participar do estudo, após aquela entrevista o sujeito seria contatado em um mês, dois meses, três meses e seis meses para verificarmos como foi a sua evolução com relação ao tabagismo, se o mesmo aderiu ou não ao tratamento e verificarmos o desfecho com relação ao tabagismo (se parou, reduziu, manteve ou aumentou o número de cigarros). E ao final da explicação e assinatura do TCLE era entregue uma via ao paciente.

Para a realização do seguimento, a pesquisadora contatou os pacientes no próprio ambulatório ao final dos grupos Motivacional ou Terapêutico, e esses foram convidados a ir até uma sala para realizar a entrevista de seguimento. Se não os encontrasse no ambulatório era feito contato telefônico para solicitar a sua presença no ambulatório para a entrevista de seguimento na semana seguinte. Quando o paciente não comparecia ao ambulatório no dia esperado para sua entrevista de seguimento (semanas 4, 8, 12 e 24) eram feitos contatos telefônicos solicitando o seu comparecimento na próxima semana; se o contato telefônico não fosse possível eram utilizadas as seguintes medidas: auxílio à lista telefônica por internet e auxílio do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Depois de três solicitações de comparecimento, se o paciente não comparecesse ao ambulatório, era feita a

entrevista de seguimento pelo telefone. Se ambas as medidas fossem fracassadas o paciente era considerado perda de seguimento.

Para definir as patologias referidas pelos entrevistados como doença tabaco relacionada (DTR) foram consideradas as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, aterosclerose, angina, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, tromboangeíte obliterante); respiratórias (bronquite crônica, enfisema pulmonar, pneumotórax, insuficiência cardio-respiratória, asma, infecções respiratórias) e cânceres (pulmão, boca, língua, faringe, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, bexiga, colo retal, próstata, pele, linfomas).^{64,14}

Na apresentação das características gerais da população a variável *situação profissional* foi dividida em: *em atividade, afastado por doença, aposentado por doença e desempregado*; para as descrições posteriores foi agrupada em *em atividade* ou *sem atividade*. A *prática religiosa* considerada pelo presente estudo foi o comparecimento à missa, culto ou equivalente pelo menos uma vez ao mês. Foi considerado *adesão a tratamento* quando os pacientes freqüentaram no mínimo 4 vezes o Grupo Motivacional. Foi considerado *sucesso na cessação* quando os entrevistados informavam ter parado de fumar e permanecido abstinentes em cada fase do seguimento. Foi considerado *incentivo para cessação*, ter recebido estímulo de alguém para a decisão de parar de fumar, indagada da seguinte forma: Alguém o incentivou a tomar a decisão de parar de fumar? () sim () não. Se sim, quem?

Quanto ao dado sobre abstinência indagado ao paciente no Seguimento através da pergunta: Quanto ao tabagismo: você parou de fumar, aumentou, diminuiu ou manteve o uso do cigarro? Foi considerado abstinência o relato com pelo menos uma semana sem fumar.

Quanto a adesão ao tratamento através da questão: Você participou do Grupo Motivacional? Se sim, quantas vezes. Foi considerado adesão ao tratamento aqueles pacientes que relataram ter participado em pelo menos quatro Reuniões Motivacionais.

5.5-Cuidados éticos

Antes do início de todas as entrevistas foi apresentado o TCLE, lido em voz alta para o sujeito, esclarecidas dúvidas que porventura ocorressem e disponibilizada a opção de não participar da pesquisa a qualquer momento de sua realização e reafirmado que isso não interferiria no seu tratamento atual ou futuro no ambulatório.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP e foi devidamente documentado (CAAE - 0690.0.146.000-07).

5.6-Análise dos dados

Os dados quantitativos colhidos foram inseridos em banco de dados em planilha Excel pela pesquisadora. O setor de estatística da FCM/UNICAMP auxiliou nas análises descritivas da população estudada e nos cruzamentos realizados.

Foram feitas análises descritivas das variáveis categóricas para serem apresentadas na forma de tabelas de freqüência da amostra total e análises comparativas considerando as variáveis: adesão em 4, 8, 12 e 24 semanas; sucesso em 4, 8, 12 e 24 semanas; diferenças com relação aos gêneros e análise de regressão logística uni e multivariada para as variáveis não adesão e insucesso.

Para analisar a relação entre as variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que 5). Para analisar a evolução da adesão e do sucesso terapêutico nos 4 tempos foram utilizados os testes de Cochran e de Friedman para amostras relacionadas com desvio padrão entre parênteses.

Para estudar os fatores associados à adesão e ao sucesso na cessação em 12 e 24 semanas foram utilizadas as análises de regressão logística, modelos univariado e múltiplo com critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0.05$).

A análise das respostas obtidas com as questões abertas do Questionário sobre fatores motivacionais para cessação (Anexo 5) foi feita à luz do referencial qualitativo. O conteúdo das respostas foi transcrito e as mesmas foram objeto de leituras pela pesquisadora e a orientadora deste estudo. Após esta etapa, foram construídas categorias que permitissem uma melhor compreensão sobre os fatores motivacionais envolvidos no processo de busca de tratamento de cessação para tabagismo.

6) Resultados

No período do estudo, 281 pessoas procuraram tratamento para o tabagismo no Ambulatório de Substâncias Psicoativas do HC/UNICAMP. Destes, houve 3 recusas de participação de sujeitos que alegaram “*não querer participar de pesquisa*”. Foram excluídos 2 sujeitos em função de seu estado mental no momento da entrevista: um deles apresentou importante déficit cognitivo relacionado a quadro demencial e o outro era portador de dependência de outra substância psicoativa e apresentou sintomas de intoxicação no momento da entrevista, sendo considerados sem condições de participar da pesquisa. Dos demais, 28 indivíduos já haviam sido pacientes do ambulatório e o procuraram novamente em função de recaída e 148 pessoas chegaram para o primeiro dia de atendimento sem tempo hábil para serem entrevistados antes do horário do grupo e não foram incluídos no estudo. Foram, portanto avaliados 100 tabagistas que procuraram pela primeira vez o ASPA em busca de tratamento para cessação do tabagismo.

A idade dos pacientes variou de 23 a 71 anos, com média de 48 anos e mediana de 49,5 anos (desvio padrão 10,07). A idade de início do tabagismo variou entre 6 e 32 anos, com média de 14 anos e mediana de 13 anos de idade (desvio padrão 4,55). O tempo de tabagismo variou entre 5 e 57 anos, com média de 34 anos e mediana de 35 anos (desvio padrão 10,79). Os demais dados relacionados ao perfil da população estudada encontram-se nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1- Características sócio-demográficas da população estudada (n=100).

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	75	75%
Masculino	25	25%
Faixa etária		
<30 anos	5	5%
30-39 anos	16	16%
40-59 anos	67	67%
≥60 anos	12	12%
Escolaridade		
Até Fundamental incompleto	63	63%
Fundamental completo	14	14%
Médio ou mais	23	23%
Procedência		
RMC*	60	60%
Campinas	31	31%
Situação profissional		
Em atividade	53	53%
Afastado por doença	20	20%
Aposentado por doença	11	11%
Desempregado	9	9%
Estado civil		
Com companheiro	54	54%
Sem companheiro	46	46%
Mora com fumante	43	43%
Religião		
Católica	68	68%
Evangélica	21	21%
Espírita	2	2%
Sem religião	9	9%
Tem prática religiosa	60	66%
Tem atividades de lazer	57	57%

*RMC=Região Metropolitana de Campinas

Tabela 2- Características clínicas da população estudada (n=100).

Variável	N	%
Refere ter doença física	63	63%
Doença tabaco relacionada (N=53)		
Respiratória	30	30%
Cardiovascular	13	13%
Câncer	10	10%
Refere ter doença mental	28	28%
Tem tentativa anterior de cessação	70	70%
Forma de chegada ao serviço		
Médico	51	51%
Informal	29	29%
Espontâneo	15	15%
Fagerström		
Alto	78	78%
Médio	8	8%
Baixo	14	14%
Recebeu incentivo de alguém para cessação		
Sim	66	66%
Não	44	44%
Quem incentivou		
Familiar	41	65%
Profissional da saúde	12	19%
Social	10	15%
URICA		
Contemplação	36	36%
C/A*	43	43%
Ação	21	21%
HAD Ansiedade positivo	64	64%
HAD Depressão positivo	39	39%
CAGE positivo	11	11%
AUDIT positivo	13	14%

*CA=Estágio motivacional entre a Contemplação e a Ação

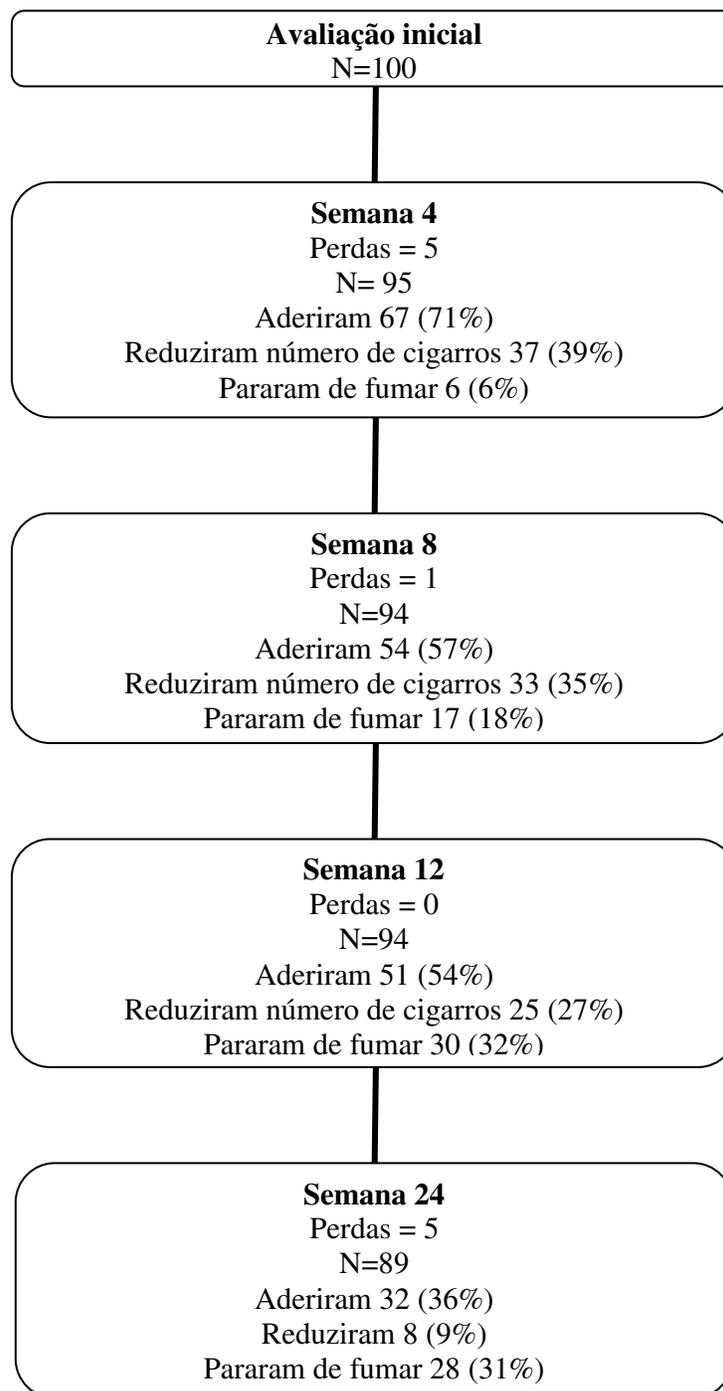
Figura 1- Seguimento dos pacientes ao longo do estudo

Tabela 3. Características sócio-demográficas e clínicas da população por gênero.

Variável	Mulheres	Homens	<i>p</i>
Idade			
<50 anos	51%	48%	0,8
>=50 anos	49%	52%	
Situação profissional			
Em atividade	57%	40%	0,1
Sem atividade	43%	60%	
Escolaridade			
Até Fundamental	79%	72%	0,4
Médio ou mais	21%	28%	
Estado civil			
Com companheiro	51%	64%	0,2
Sem companheiro	49%	36%	
Prática religiosa			
Sim	68%	50%	0,1
Não	32%	50%	
Atividades de Lazer			
Sim	52%	72%	0,08
Não	48%	28%	
Doença Tabaco Relacionada			
Sim	53%	54%	0,9
Não	47%	46%	
Fagerstrom			
Alto	81%	68%	0,1
Médio/baixo	19%	32%	
Estágio motivacional			
Contemplação	29%	58%	0,02
C/A	49%	20%	
Ação	21%	21%	
AUDIT			
Positivo	4%	46%	<0,001
Negativo	96%	54%	
CAGE			
Positivo	1%	42%	<0,001
Negativo	99%	58%	
Tentativas anteriores			
Sim	73%	61%	0,2
Não	27%	39%	
Recebeu incentivo para cessação			
Sim	64%	70%	0,5
Não	36%	30%	

Tabela 4. Variáveis de desfecho por gênero.

Variável	Mulheres	Homens	<i>p</i>
Adesão em 4 semanas			
Sim	78%	22%	0,5
Não	71%	29%	
Adesão em 8 semanas			
Sim	78%	22%	0,4
Não	72%	28%	
Adesão em 12 semanas			
Sim	84%	16%	0,03
Não	65%	35%	
Adesão em 24 semanas			
Sim	84%	16%	0,1
Não	70%	30%	
Sucesso em 8 semanas			
Sim	76%	24%	1,0
Não	75%	25%	
Sucesso em 12 semanas			
Sim	80%	20%	0,4
Não	73%	27%	
Sucesso em 24 semanas			
Sim	77%	23%	0,7
Não	74%	26%	

Tabela 5- Características sócio-demográficas e clínicas da população em relação à adesão em 4 semanas.

Variáveis	Adesão	Não Adesão	<i>p</i>
Sexo			
Feminino	78%	71%	0,5
Masculino	22%	29%	
Idade			
<50 anos	51%	46%	0,6
>=50 anos	49%	54%	
Situação profissional			
Em atividade	51%	54%	0,7
Sem atividade	49%	46%	
Escolaridade			
Até Fundamental	76%	75%	0,9
Médio ou mais	24%	25%	
Estado civil			
Com companheiro	45%	75%	0,01
Sem companheiro	55%	25%	
Prática religiosa			
Sim	64%	58%	0,6
Não	36%	42%	
Doença Tabaco Relacionada			
Sim	54%	54%	0,9
Não	46%	46%	
Fagerström			
Alto	78%	75%	0,7
Médio/baixo	22%	25%	
Estágio motivacional			
Contemplação	35%	42%	0,4
C/A	39%	46%	
Ação	25%	12%	
Tentativas anteriores de cessação			
Sim	68%	75%	0,5
Não	32%	25%	
Recebeu incentivo para cessação			
Sim	71%	54%	0,1
Não	29%	46%	
Quem incentivou a decisão de parar			
Familiar	70%	62%	0,8
Social	15%	23%	
Outros	15%	15%	

Tabela 6- Características sócio-demográficas e clínicas da população em relação à adesão em 8 semanas.

Variáveis	Adesão	Não Adesão	<i>p</i>
Sexo			
Feminino	78%	72%	0,4
Masculino	22%	28%	
Idade			
<50 anos	53%	44%	0,3
>=50 anos	47%	56%	
Situação profissional			
Em atividade	43%	62%	0,08
Sem atividade	57%	38%	
Escolaridade			
Até Fundamental	78%	72%	0,4
Médio ou mais	22%	28%	
Estado civil			
Com companheiro	41%	69%	0,008
Sem companheiro	59%	31%	
Prática religiosa			
Sim	68%	53%	0,1
Não	32%	47%	
Doença Tabaco Relacionada			
Sim	43%	51%	0,4
Não	57%	49%	
Fagerström			
Alto	82%	69%	0,1
Médio/baixo	18%	31%	
Estágio motivacional			
Contemplação	30%	44%	0,3
C/A	44%	38%	
Ação	26%	18%	
Tentativas anteriores de cessação			
Sim	34%	26%	0,4
Não	66%	74%	
Recebeu incentivo para cessação			
Sim	72%	61%	0,2
Não	28%	39%	
Quem incentivou a decisão de parar			
Familiar	69%	66%	0,9
Profissional Saúde	17%	17%	
Social	14%	17%	

Tabela 7- Características sócio-demográficas e clínicas da população em relação à adesão em 12 semanas.

Variáveis	Adesão	Não Adesão	<i>p</i>
Sexo			
Feminino	84%	63%	0,01
Masculino	16%	37%	
Idade			
<50 anos	49%	49%	0,9
>=50 anos	51%	51%	
Situação profissional			
Em atividade	49%	56%	0,5
Sem atividade	51%	44%	
Escolaridade			
Até Fundamental	80%	72%	0,3
Médio ou mais	20%	28%	
Estado civil			
Com companheiro	41%	70%	0,006
Sem companheiro	59%	30%	
Prática religiosa			
Sim	74%	53%	0,03
Não	26%	47%	
Doença Tabaco Relacionada			
Sim	59%	51%	0,4
Não	41%	49%	
Fagerström			
Alto	78%	74%	0,6
Médio/baixo	22%	26%	
Estágio motivacional			
Contemplação	25%	50%	0,04
C/A	45%	37%	
Ação	30%	13%	
Tentativas anteriores de cessação			
Sim	69%	70%	0,9
Não	31%	30%	
Recebeu incentivo para cessação			
Sim	76%	58%	0,05
Não	24%	42%	
Quem incentivou a decisão de parar			
Familiar	70%	56%	0,5
Profissional Saúde	15%	24%	
Social	15%	20%	

Tabela 8- Características sócio-demográficas e clínicas da população em relação à adesão em 24 semanas.

Variáveis	Adesão	Não Adesão	<i>p</i>
Sexo			
Feminino	84%	70%	0,1
Masculino	16%	30%	
Idade			
<50 anos	56%	47%	0,4
>=50 anos	44%	53%	
Situação profissional			
Em atividade	50%	56%	0,5
Sem atividade	50%	44%	
Escolaridade			
Até Fundamental	78%	74%	0,6
Médio ou mais	22%	26%	
Estado civil			
Com companheiro	44%	60%	0,1
Sem companheiro	36%	40%	
Prática religiosa			
Sim	24%	43%	0,08
Não	76%	57%	
Doença Tabaco Relacionada			
Sim	66%	47%	0,09
Não	34%	33%	
Fagerström			
Alto	75%	77%	0,8
Médio/baixo	25%	23%	
Estágio motivacional			
Contemplação	38%	35%	0,1
C/A	31%	49%	
Ação	31%	16%	
Tentativas anteriores de cessação			
Sim	72%	67%	0,6
Não	28%	33%	
Recebeu incentivo para cessação			
Sim	72%	65%	0,5
Não	28%	35%	
Quem incentivou a decisão de parar			
Familiar	52%	70%	0,3
Profissional Saúde	22%	16%	
Social	26%	14%	

Tabela 9- Características sócio-demográficas e clínicas da população em relação à cessação em 8 semanas.

Variáveis	Sucesso	Insucesso	p
Sexo			
Feminino	76%	75%	1,0
Masculino	24%	25%	
Idade			
<50 anos	41%	51%	0,4
>=50 anos	59%	49%	
Escolaridade			
Até Fundamental	82%	74%	0,5
Médio ou mais	18%	26%	
Estado civil			
Com companheiro	59%	52%	0,6
Sem companheiro	41%	48%	
Atividades de Lazer			
Sim	82%	53%	0,02
Não	18%	47%	
Prática religiosa			
Sim	62%	62%	1,0
Não	38%	38%	
Doença Tabaco Relacionada			
Sim	53%	53%	0,9
Não	47%	47%	
Fagerström			
Alto	71%	78%	0,5
Médio/baixo	29%	22%	
Estágio motivacional			
Contemplação	29%	38%	0,8
C/A	47%	40%	
Ação	24%	22%	
Tentativas anteriores de cessação			
Sim	82%	66%	0,1
Não	18%	34%	
Recebeu incentivo para cessação			
Sim	76%	65%	0,3
Não	24%	35%	
Quem incentivou a decisão de parar			
Familiar	38%	76%	0,01
Profissional Saúde	23%	15%	
Social	39%	9%	

Tabela 10- Características sócio-demográficas e clínicas da população em relação à cessação em 12 semanas.

Variáveis	Sucesso	Insucesso	P
Sexo			
Feminino	80%	73%	0,4
Masculino	20%	27%	
Idade			
<50 anos	47%	50%	0,7
>=50 anos	53%	50%	
Escolaridade			
Até Fundamental	80%	73%	0,4
Médio ou mais	20%	27%	
Estado civil			
Com companheiro	53%	53%	1,0
Sem companheiro	47%	47%	
Atividades de Lazer			
Sim	70%	53%	0,1
Não	30%	47%	
Prática religiosa			
Sim	54%	65%	0,3
Não	46%	35%	
Doença Tabaco Relacionada			
Sim	60%	50%	0,3
Não	40%	50%	
Fagerström			
Alto	67%	82%	0,1
Médio/baixo	33%	18%	
Estágio motivacional			
Contemplação	33%	37%	0,7
C/A	40%	42%	
Ação	27%	21%	
Tentativas anteriores de cessação			
Sim	80%	64%	0,1
Não	20%	36%	
Recebeu incentivo para cessação			
Sim	70%	66%	0,6
Não	30%	34%	
Quem incentivou a decisão de parar			
Familiar	43%	81%	0,003
Profissional Saúde	24%	13%	
Social	33%	6%	

Tabela 11- Características sócio-demográficas e clínicas da população em relação à cessação em 24 semanas.

Variável	Sucesso	Insucesso	<i>p</i>
Sexo			
Feminino	77%	74%	0,7
Masculino	23%	26%	
Idade			
<50 anos	48%	52%	0,7
>=50 anos	52%	48%	
Situação profissional			
Em atividade	48%	57%	0,4
Sem atividade	52%	43%	
Escolaridade			
Até Fundamental	87%	69%	0,05
Médio ou mais	13%	31%	
Estado civil			
Com companheiro	55%	53%	0,9
Sem companheiro	45%	47%	
Atividades de Lazer			
Sim	71%	49%	0,04
Não	29%	51%	
Prática religiosa			
Sim	57%	67%	0,3
Não	43%	33%	
Doença Tabaco Relacionada			
Sim	71%	45%	0,01
Não	29%	55%	
Fagerstrom			
Alto	77%	76%	0,8
Médio/baixo	23%	24%	
Estágio motivacional			
Contemplação	29%	40%	0,3
C/A	42%	43%	
Ação	29%	17%	
Tentativas anteriores			
Sim	74%	66%	0,1
Não	77%	91%	
Recebeu incentivo para cessação			
Sim	61%	71%	0,3
Não	39%	29%	
Quem incentivou a decisão de parar			
Familiar	47%	71%	0,1
Profissional saúde	32%	12%	
Social	21%	17%	

Tabela 12- Análise multivariada para Não Adesão a tratamento em 12 semanas

Variável	Probabilidade aumentada em	<i>p</i>	IC
Masculino	2,83	0,04	1,04 - 7,66
Com companheiro	3,38	0,007	1,39 - 8,17
Sem incentivo	3,36	0,01	1,33 – 8,51
Sem prática religiosa	3,02	0,02	1,16 – 7,90

Tabela 13- Análise multivariada para Não Adesão a tratamento em 24 semanas

Variável	Probabilidade aumentada em	<i>p</i>	IC
Estágio Motivacional			
Contemplação	----	----	----
C/A*	3,11	0,05	0,98 - 9,86
Ação (ref.)	----	----	----

*Contemplação/Ação

Tabela 14- Análise multivariada para Insucesso na cessação em 12 semanas

Variável	Probabilidade aumentada em	<i>p</i>	IC
Tipo de incentivo			
Profissional saúde	----	----	----
Familiar	5,91	0,004	1,79 – 19,44
Sem incentivo	3,81	0,03	1,13 – 12,90

Tabela 15- Análise *multivariada* para Insucesso na cessação em 24 semanas.

Variável	Probabilidade aumentada em	<i>p</i>	IC
Doença TR			
Sim			
Não	2,70	0,04	1,01 – 7,25
Lazer			
Sim			
Não	3,91	0,01	1,39 – 11,01
Escolaridade			
Analfabeto/Fundamental			
Médio/Superior	4,51	0,02	1,22 – 16,58

Tabela 16- Análise comparativa entre Adesão ao tratamento e Sucesso na cessação tabágica em 4,12 e 24 semanas.

Adesão	Sucesso		<i>p</i>
	Sim	Não	
Adesão em 4 semanas			
Sim	3%	97%	
Não	15%	85%	0,05
Adesão em 12 semanas			
Sim	47%	53%	
Não	14%	86%	<0,001
Adesão em 24 semanas			
Sim	66%	34%	
Não	18%	82%	<0,001

A análise comparativa de adesão a tratamento e sucesso na cessação em 8 semanas de seguimento não apontou resultado estatisticamente significativo.

A presença de sintomas de depressão e ansiedade pela escala HAD e o uso problemático de bebidas alcoólicas pelos instrumentos AUDIT e CAGE não apresentaram diferença estatística significativa para os desfechos adesão e sucesso na cessação tabágica.

Os principais motivos mencionados pelos pacientes para não aderirem ao tratamento nas semanas 4, 8, 12 e 24 foram: dificuldade de horário ou frequência (12%, 20%, 17%, 27%, respectivamente), dificuldade de obter transporte (8%, 10%, 9%, 5%) e problemas de saúde ou pessoais (2%, 3%, 6%, 8%).

Considerando que a variável ter companheiro associou-se à não adesão ao tratamento, foi levantada a hipótese de que isto poderia ocorrer em função do companheiro ser também tabagista, dado que não se confirmou na análise estatística que comparou sujeitos com companheiros fumantes em comparação aos sujeitos sem companheiros fumantes ($p=0,6$).

Quadro 1- Síntese das variáveis relacionadas aos desfechos durante o seguimento.

Desfecho	Semana 4	Semana 8	Semana 12	Semana 24
Adesão	Sem companheiro	Sem companheiro	Sexo feminino Sem companheiro Com prática religiosa Estágio CA e A	--
Não adesão	Com companheiro	Com companheiro	Sexo masculino* Com companheiro* Sem prática religiosa* Estágio Contemplação Sem incentivo*	Estágio CA > A*
Sucesso	--	Ter lazer Incentivo de profissional da saúde e não familiares	Incentivo de profissional da saúde e não familiares	Menor escolaridade Ter lazer Ter DTR
Insucesso	--	Não ter lazer Incentivo familiar	Incentivo familiar* Sem incentivo*	Maior escolaridade* Sem lazer* Sem DTR*

Com relação às entrevistas de seguimento em 4 semanas, 54% dos pacientes foram entrevistados pessoalmente, 41% por telefone e 5% foram perdidas. Em 8 semanas 50% dos pacientes foram entrevistados pessoalmente, 44% por telefone e 6% foram perdidas. Em 12 semanas 47% dos pacientes foram entrevistados pessoalmente, 47% por telefone e 6% foram perdidas. Em 24 semanas 4% foram entrevistados pessoalmente, 85% por telefone e 11% foram perdidas.

A análise qualitativa das respostas às perguntas abertas “*como começou a fumar?*”, “*por que fumar começou a incomodá-lo?*” e “*por que decidiu procurar tratamento para parar de fumar?*” foi realizada através de repetidas leituras das transcrições em diferentes momentos. A partir da saturação das respostas do Questionário sobre fatores motivacionais para cessação, houve a construção de categorias surgidas a partir do agrupamento das informações. Cada categoria foi exemplificada com trechos de falas dos entrevistados.

Quadro 2- Análise das respostas à pergunta “Como começou a fumar?”

Categorias	Frases exemplificando
Facilitação Familiar	<p>“Meu pai me pedia para eu acender o cigarro para ele” (E30, feminino, 43 anos)</p> <p>“Minha sogra e minha cunhada fumavam, eu acendia para elas e acostumei” (E33, feminino, 43 anos)</p> <p>“Acendia por brincadeira o cachimbo da minha avó” (E80, feminino, 62 anos)</p> <p>“Porque eu comecei a acender para ele (pai) e achei gostoso e nisso eu tô até hoje” (E58, feminino, 47 anos)</p>
Facilitação social	<p>“Foi um amigo meu que me ensinou e eu burra fumei” (E88, feminino, 42 anos)</p> <p>“Na escola as amigas ofereceram” (E99, feminino, 53 anos)</p> <p>“No meio dos amigos, achei legal, bonito e comecei a fumar, não achei que ia adiante.” (E71, feminino, 23 anos)</p> <p>“Via os amigos fumando e pra não ficar isolado, também resolvi fumar e pedi um cigarro” (E41, masculino, 32 anos)</p>
Atração pelo significado simbólico do cigarro	<p>“Todo mundo na época fumava e era chique pegar um cigarro e fumar, para mostrar que éramos mais velhas.” (E89, feminino, 50 anos)</p> <p>“Achava bonito, que dava classe. Foi pela brincadeira e não consegui mais parar.” (E42, masculino, 49 anos)</p> <p>“Achava bonito as pessoas fumando e tinha curiosidade. Então, pedia sempre cigarro para conhecidos.” (E17, feminino, 56 anos)</p> <p>“Eu achava bonito as pessoas fumando, sabe?” (E62, feminino, 61 anos)</p>
Para lidar com sentimentos	<p>“A minha amiga tinha me dado um maço de cigarro trazido do Japão e num dia meu marido estava alcoolizado e disse “eu vou para a festa com a minha família e você vai com o seu amante”. Naquele dia eu fumei o maço inteiro.” (E40, feminino, 54 anos)</p> <p>“De raiva da minha mãe dizer que mulher não pode isso e não pode aquilo e aquilo, os meus irmãos podiam tudo e eu não podia nada, então comecei.” (E14, feminino, 58 anos)</p> <p>“Eu ia no salão e as minhas colegas iam dançar e eu não, não tinha onde colocar as mãos, aí eu comecei para me sentir melhor.” (E73, feminino, 53 anos)</p>

Quadro 3- Análise das respostas à pergunta “Por que fumar começou a incomodá-lo?”

Categorias	Frase
Pelo cheiro	<p>“Porque que o cheiro é terrível. Eu tenho meus netos e eu pego na mãozinha deles e fica cheirando.” (E37, feminino, 59 anos)</p> <p>“O cheiro, as pessoas que não fumam tem que conviver junto.” (E15, feminino, 43 anos)</p> <p>“Pelo cheiro, a fumaça. Tenho a impressão que eu fico com cheiro de cigarro e assim eu sinto vergonha de ficar perto dos outros. É melhor parar de fumar mesmo que assim fico mais cheirosinha.” (E54, feminino, 49 anos)</p>
Percepção da prioridade	<p>“Porque quando eu estava muito nervosa ao invés de comer eu ia fumar.” (E49, feminino, 43 anos)</p> <p>“Sabe quando o negócio já te encheu? Tem cigarros que não são mais gostosos, mas mesmo assim eu fumo.” (E60, feminino, 50 anos)</p> <p>“Porque eu tô emagrecendo demais e mesmo assim eu não tenho vontade de comer, só de fumar.” (E84, feminino, 33 anos)</p>
Problemas de Saúde	<p>“Começou afetar a minha saúde, durmo mal, sinto cansaço pra andar. Sinto que o cigarro está prejudicando.” (E10, feminino, 45 anos)</p> <p>“Sinto falta de ar por causa do cigarro, por já ter bronquite.” (E19, feminino, 51 anos)</p> <p>“Porque eu tenho falta de ar, o cheiro do cigarro, tenho que ficar me escondendo pra fumar no serviço.” (E24, feminino, 39 anos)</p>
Pressão familiar	<p>“Na minha casa ninguém fuma, então eles ficam falando: larga disso que isso não presta.” (E79, feminino, 50 anos)</p> <p>“A minha ex-mulher não gosta que eu fume, e eu estou querendo voltar com ela” (E41, masculino, 32 anos)</p> <p>“Os familiares começaram a reclamar da fumaça.” (E30, feminino, 43 anos)</p> <p>“O meu filho está começando a querer fumar” (E24, feminino, 39 anos)</p>
Pressão social	<p>“Porque eu não posso fumar em lugar nenhum. As pessoas deixaram de frequentar a minha casa porque o cabelo da Sara (filha) estava cheirando cigarro.” (E70, feminino, 59 anos)</p> <p>“Porque as pessoas ficam incomodadas comigo. Teve uma médica também que falou: olha seu pulmão está bom, mas começa a parar, porque se não....” (E81, masculino, 39 anos)</p> <p>“Pelo fato de incomodar aos outros e por eu não engordar. O meu sonho é engordar e eu não consigo mais.” (E78, feminino, 51 anos)</p>

Quadro 4- Análise das respostas à pergunta “por que decidiu procurar tratamento?”

Categorias	Frase
Auxílio para cessação	<p>“Achei que precisava obter ajuda.” (E67, feminino, 44 anos)</p> <p>“Sempre tentei e nunca consegui parar.” (E11, masculino, 47 anos)</p> <p>“Tenho procurado tratamento, mas quando fiquei sabendo vim” (E28, feminino, 39 anos)</p>
Incentivo médico	<p>“Eu já queria parar há muito tempo, mas fui incentivada pelo cardiologista do meu marido, recebi um empurrãozinho. Ele disse que meu marido só ia conseguir se eu parasse.” (E06, feminino, 43 anos)</p> <p>“Quando o pneumo encaminhou. Porque enfisema é uma doença grave” (E92, masculino, 37 anos)</p> <p>“Quando o médico mandou. Porque o médico falou que eu tenho que parar.” (E93, masculino, 56 anos)</p>
Problemas de saúde	<p>“Quando eu fiquei dependente do remédio do pulmão.” (E65, feminino, 54 anos)</p> <p>“Quando descobri que estava com câncer.” (E101, masculino, 54 anos)</p> <p>“Porque eu não agüento mais a tosse, a chiadeira, a canseira, não consigo andar direito que já fico cansada.” (E17, feminino, 56 anos)</p>
Razões Familiares	<p>“Porque minha esposa quis.” (E05, masculino, 50 anos)</p> <p>“Por causa do meu filho, eu sei que a cada 3 cigarros que eu fumo ele fuma 1. Aí eu tenho que ir pra fora pra fumar. Ele fala “eu não quero morrer de câncer”. Porque eu passei a pensar que toda vez que eu acendo o cigarro ele fala “mãe você está me matando.” (E77, feminino, 38 anos)</p>
Pressão social	<p>“Porque o fumante é excluído. Eu e meu companheiro viajamos e na viagem combinamos de parar de fumar.” (E50, feminino, 50 anos)</p> <p>“Porque no trabalho não posso fumar e quando fiquei sabendo vim.” (E04, feminino, 44 anos)</p>

6.1-Artigo submetido à Revista de Saúde Pública (em análise).

TITLE: Nonadherence and treatment failure factors in smokers who seek treatment.

RUNNING TITLE: Nonadherence and failure in smoking cessation.

AUTORS: Fernandes, Rejane Firmino^I; Azevedo, Renata Cruz Soares^{II}

I Psychology graduate, and post-graduate student, School of Medical Sciences, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, SP

II Professor, School of Medical Sciences, Universidade Estadual de Campinas FCM/UNICAMP, Campinas, SP

Corresponding Author:

Rejane Firmino Fernandes

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Caixa Postal 6111, CEP 13083-970, Campinas, SP.

Phone: (0XX19) 3262-1474 / 9209-6523

Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

E-mail: rejaneffernandes@gmail.com

Work performed at the Psychiatry Clinic of UNICAMP – Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, SP.

The article is based on the master's thesis of RF Fernandes, titled "Factors involved in the search, adherence and therapeutic success in treatment of smokers", which will be presented to the Department of Medical Psychology and Psychiatry at UNICAMP in June

2010.

RF Fernandes was supported by a Higher Level Personnel Improvement Coordination scholarship (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Capes - Bolsa de Mestrado).

KEY WORDS: smoking; treatment outcome; tobacco use cessation; patient dropouts.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To discuss the variables related to non-adherence and the lack of therapeutic success of smokers who sought treatment at the ambulatory clinic in the university hospital.

METHODS: This prospective study evaluated 100 smokers who sought treatment between March 2008 and March 2009 at the Clinic of Psychoactive Substances, HC/UNICAMP. The socio-demographic variables collected were factors for seeking treatment; degree of dependence (Fagerström Questionnaire); stage of motivation for change (URICA Scale); presence of depression and anxiety (HAD Scale). Patients were followed at 4, 8, 12 and 24 weeks to identify factors related to nonadherence to treatment and failure of smoking cessation.

RESULTS: The population studied was composed mostly of women (75%), between 40 and 59 years of age (67%); with incomplete primary education (60%); employed (53%); in a relationship (54%); with leisure activities (57%); suffering from tobacco-related disease (53%); with previous attempts to quit smoking (70%); who received medical referral (51%) and encouragement for cessation (66%); with a high degree of dependence (78%). The main motivational stage was Contemplation / Action (43%); the anxiety rate was 64% and the depression rate was 39%. Smokers who did not adhere to treatment were mainly in the

stage of Contemplation / Action. The lack of success was related to absence of leisure, higher education, absence of tobacco-related disease and family encouragement. The cessation rate was 66% among those who joined and 17% among those who did not join ($p < 0.001$).

CONCLUSION: The results of this study suggest that the variables of lack of leisure activities, higher education, lack of TRD and family encouragement should be particularly addressed in smoking cessation strategies.

RESUMO

OBJETIVO: Discutir as variáveis relacionadas a não adesão e ao insucesso terapêutico de tabagistas que procuraram tratamento num ambulatório inserido em hospital universitário.

MÉTODOS: Estudo quantitativo e prospectivo, que avaliou 100 tabagistas que procuraram tratamento entre Março de 2008 e Março de 2009 no Ambulatório de Substâncias Psicoativas do HC da Unicamp. Foram levantadas variáveis sócio-demográficas; fatores de busca de tratamento; grau de dependência (Questionário de Fagerström); estágio de motivação para a mudança (Escala URICA) e presença de depressão e ansiedade (Escala HAD). Foi realizado seguimento de 4, 8, 12 e 24 semanas para identificar fatores relacionados à não adesão ao tratamento e ao insucesso na cessação tabágica.

RESULTADOS: A população do estudo foi composta em sua maioria por mulheres (75%); entre 40 e 59 anos de idade (67%); escolaridade fundamental incompleto (60%); em atividade profissional (53%); com companheiro (54%); com atividades de lazer (57%); portador de doença tabaco relacionada (53%); com tentativas prévias de parar de fumar (70%); que recebeu encaminhamento médico (51%) e incentivo para cessação (66%) e com

dependência elevada (78%). O principal estágio motivacional foi Contemplação/Ação (43%); a taxa de ansiedade foi de 64% e de depressão 39%. Os tabagistas que não aderiram ao tratamento estavam principalmente em estágio de Contemplação/Ação. O insucesso se relacionou a ausência de lazer, maior escolaridade, ausência de doença tabaco relacionada e incentivo familiar. A taxa de cessação entre os que aderiram foi de 66% e dos que não aderiram 17% ($p < 0.001$).

CONCLUSÃO: Sugere-se que as variáveis ausência de atividades de lazer, maior escolaridade, ausência de DTR e incentivo familiar sejam particularmente valorizadas na abordagem de tabagistas visando a criação de estratégias que ampliem as possibilidades de cessação para tabagistas com fatores associados a insucesso.

INTRODUCTION

Worldwide, it is estimated that there are 1.3 billion smokers, 80% of whom live in developing countries.²¹ Consequently, more than half of the world population is exposed, directly or indirectly, to the harmful effects of nicotine and other toxic tobacco substances. According to data from the World Health Organization (WHO), approximately 700 million children are involuntarily exposed to tobacco smoke, especially within the home environment, increasing the rates of pneumonia, bronchitis and the risk of sudden death, among other pathologies.²⁰ Smoking is the leading cause of preventable death worldwide and is considered a serious public health problem. In 2009, the WHO estimated that 5 million deaths were attributable to smoking. If current patterns of tobacco use are not

reversed or the measures provided for in the Global Tobacco Control are not adopted, the projection for 2025 is 10 million deaths.²¹

In Brazil, smoking affects 17.2% of the population over 15 years of age¹¹ and data from the National Cancer Institute indicate rates of 200 thousand deaths per year (i.e., 23 people die every hour because of smoking-related conditions).¹³

Despite the dissemination of information regarding the dangers of smoking, there are several difficulties in the process of breaking an addiction, from the decision to quit to the success and perseverance of cessation. This difficulty is due to several mechanisms, including positive reinforcement (because the action of nicotine in the central nervous system results in feelings of pleasure, increased disposition, attention and reduced appetite), conditioning (triggered by environmental stimuli and positive and negative emotions associated with smoking) and negative reinforcement (sustaining use to avoid the discomfort of withdrawal syndrome symptoms, especially anxiety, dysphoria, increased appetite, irritability and difficulty concentrating).²

The effect of nicotine on the brain and the pharmacological and behavioral processes that determine nicotine addiction contribute to the difficulty in maintaining abstinence. The symptoms of nicotine withdrawal are the primary reason why only 5 to 10% of smokers manage to quit without help.¹⁴

The variables associated with success in smoking cessation should be considered in strategies to approach smokers. Several studies²⁵ have shown that older men and women, those who are married and those with high socioeconomic status all display better results in the cessation of smoking. Moreover, the number of cigarettes smoked per day is also directly related to better responses in smoking cessation.

To optimize strategies for treating smoking, it is also relevant to discuss the factors related to non-compliance and failure to treat smokers. A Brazilian study¹⁹ showed that high levels of anxiety and depression in patients made adherence to and success in the treatment of smoking addiction quite difficult. Another research study also showed that early initiation of smoking and the presence of anxiety or depression decreased the likelihood of adherence to treatment.²⁵

Considering the relevance of the individual and collective damage related to smoking and the difficulties involved in smoking cessation, the current article aims to discuss factors related to non-adherence and therapeutic failure in smokers who sought medical care in an ambulatory clinic in a general university hospital.

METHODS

This was a quantitative, descriptive, prospective study that assessed smokers who sought treatment for the first time in a specialized clinic in a public university. The subjects were evaluated on their first attendance at the clinic and reassessed after 4, 8, 12 and 24 weeks.

The study included 100 individuals who visited the HC/UNICAMP Outpatient Clinic of Psychoactive Substances (ASPA) for the first time in order to receive treatment for tobacco addiction in the period from March 2008 to March 2009.

The inclusion criteria were both male and female patients, over 18 years of age, who had been smoking daily for at least 6 months, who were seeking treatment for smoking cessation with ASPA / UNICAMP for the first time and had sufficient time to be interviewed before participating in the initial care at the clinic.

The exclusion criteria were cognitive or psychological impairments that prevented understanding of the research and / or terms of informed consent (IC).

Every patient who seeks the ASPA because of smoking is routed to a Motivation Group (MG), which functions as an open group, without the need for a formal referral. The group is held weekly for outpatients by the ambulatory professional team (psychiatrist, pulmonologist, dentist, nurse, social worker, psychologist or occupational therapist) and observed by graduate students, residents and public health providers in training. The group meeting is an hour in length and topics of discussion include the difficulties in quitting, mechanisms related to nicotine addiction, barriers to cessation, and treatment alternatives and strategies for the recognition of personal motivators for smoking cessation. After a patient has participated in at least four group sessions and is motivated to move forward in

the process, he/she is instructed to complete an individual assessment prior to inclusion in the Therapeutic Group.

We used two semi-structured questionnaires (one for the initial assessment and one for the follow-up at weeks 4, 8, 12 and 24) and five psychometric instruments, all applied individually by the first author of the study (RFF).

- Initial assessment file: this includes a survey of socio-demographic data (gender, age, employment status, education level, origin, marital status, children, age of the children, who the patient lives with, leisure activities, religion and religious practice), clinical data (whether the patient has physical illnesses and what type, mental illnesses and what type, if it the patient consumes alcohol and how often, the use of other psychoactive substances) and data related to recommendation to the clinic.

- Fagerström Addiction Questionnaire:^{8,9} this measure consists of 6 questions that evaluate tobacco addiction, with scores ranging from 0 to 10. These scores are used to classify dependence as low, medium or high.

- University of Rhode Island Change Assessment Scale – URICA:^{18,22} this scale evaluates the stage of action for change. It consists of 32 items divided into three subscales: Precontemplation; Contemplation; Action and Maintenance. This scale can be used for the evaluation of any addictive behavior, and was previously validated and adapted for the Brazilian population.

- Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD:^{26,3} this scale was primarily designed to detect mild degrees of depression and anxiety in non-psychiatric patients in a general hospital. The patient is asked to answer based on how they felt during the prior week. In the current study, a cutoff value of 8/9 was used.

- Semi-structured questionnaire of data on smoking; which investigated history of tobacco use (age of onset, how and why); if the patient lives with smokers; current data on nicotine dependence (if the smoke is bothersome, when and why they decided to seek treatment to stop smoking, if they have experienced constraints because of smoking, if they have had any health problems related to tobacco); data on previous cessation attempts (if quitting smoking had previously been attempted, how often, if assistance for cessation was received and the nature of any assistance); data on motivation to stop smoking (if encouragement was received, family's reaction over the decision to stop, what motivated the decision to stop smoking).

- Follow-up questionnaire: a semi-structured questionnaire was applied in the 4th, 8th, 12th and 24th weeks after the first interview. The questionnaire investigated patient attendance at care services, factors that led to adherence or non-adherence to treatment and outcome (if the patient stopped, reduced, increased, maintained smoking or relapsed).

To delineate the pathologies mentioned by patients as tobacco-related disease (TRD), cardiovascular diseases (hypertension, atherosclerosis, angina, myocardial infarction, stroke, and thromboangiitis obliterans), respiratory conditions (chronic bronchitis,

emphysema, pneumothorax, congestive cardiorespiratory, asthma and respiratory infections) and cancers (lung, mouth, tongue, pharynx, larynx, esophagus, stomach, pancreas, liver, bladder, colorectal, prostate, skin and lymphoma) were considered.¹²

Non-adherence to treatment was considered for those who attended the Group Motivational session but did not begin the Therapeutic Group and therapeutic failure for those who had not stopped smoking at follow-up assessments (weeks 4, 8, 12 and 24). The results presented in this article refer to the outcomes evaluated at the end of the 24th week follow-up.

Patients who sought the ASPA to treat tobacco addiction during the study period and arrived at the clinic at least 20 minutes prior to the Group Motivational session (avoiding lack of attendance) were asked whether it was their first time seeking this service. When the answer was affirmative, they were invited to participate in the study by explicit description of its goals and reading of the IC. After agreement to participate in the survey, the aforementioned tools were administered.

To perform the follow-up, the researcher contacted the patients in an outpatient setting at the end of the visits. When the patient did not attend the clinic on the scheduled day of their follow-up interview (weeks 4, 8, 12 or 24), telephone calls were made requesting their attendance the following week. If telephone contact was not possible, the following measures were used: telephone directory aided by Internet search and assistance from Social Services of the Clinical Hospital of UNICAMP. After three requests for attendance,

if the patient did not visit the clinic, a follow-up interview was conducted by telephone. If both measures were unsuccessful, the patient was considered lost to follow-up.

The study was approved by the Ethics in Research Committee of UNICAMP under registration number 0690.0.146.000-07.

The quantitative data collected were entered into the SAS program database (2002-2003).²⁴ To analyze the relationship between categorical variables, the chi-square or the Fisher exact test (for expected values lower than 5) were used. To analyze non-adherence and therapeutic failure outcomes, tests by Cochran and Friedman were used. To study the factors associated with treatment failure at week 24, logistic regression analyses, univariate and multivariate models with stepwise criteria of variable selection were used. The level of significance for statistical tests was 5% ($p < 0.05$).

RESULTS

During the study period, 281 people sought treatment for tobacco addiction in the Clinic of Psychoactive Substances, HC/UNICAMP. Of these, 151 people did not arrive for the first day of treatment with sufficient time to be interviewed prior to the group meeting and were not included in the study. Furthermore, 28 subjects had previously been patients of the clinic and made a new attempt due to relapse and were excluded. Two subjects were excluded due to psychological or cognitive impairment, one showing significant cognitive impairment and the other symptoms of intoxication during the interview. Therefore, we

evaluated 100 smokers who sought treatment for smoking cessation for the first time at ASPA.

Insert Figure 1

There was a loss of 11% of patients over the following 6 months, with the highest rates of loss concentrated within the first to the fourth week (5%) and from the 12th to the 24th week (5%).

Of the smokers evaluated in this study, the majority (64%) had begun smoking before 15 years of age and 72% had smoked for 30 years or more.

Other data related to the profile of the patients are shown in Table 1.

Insert Table 1

Adherence to treatment was significantly associated ($p < 0.001$) with therapeutic success (smoking cessation). Of those who joined, 66% were successful in cessation, whereas there was only 17% success for those who had not joined. The univariate analysis indicated that motivational stage, as measured by the URICA scale, was associated with non-adherence, with lower rates of adherence related to the state of Contemplation/Action when compared with Action ($p = 0.05$, OR 3.11, CI 0.98-9.86).

Insert Table 2

DISCUSSION

The main objective of this study was to present factors associated with non-adherence and failure in smoking cessation in a group of smokers who sought treatment at a specialized clinic. The intention is to contribute data that may optimize the rates of cessation based on the recognition of factors that influence failure in smoking cessation.

The socio-demographic profile of smokers who sought treatment, including mostly women, within the range of 40 to 59 years of age, lacking complete primary education, employed, Catholic and with a partner, is compatible with data from the national literature.¹⁰ These data suggest the importance of studies that address two aspects of treating tobacco addiction: 1. factors associated with the lower rates of men seeking treatment (even though the prevalence of smoking is higher in males) and 2. the need to develop strategies to raise the awareness of smokers and health professionals to seek and recommend treatment at an earlier age, minimizing the harmful consequences related to long-term exposure to cigarette smoke.

In terms of smoking history, most patients in this study initiated the habit at 15 years of age or younger, had smoked for 30 or more years and had a high degree of addiction according to the Fagerström Test. These data are consistent with other work in the field.²³ Moreover, most of the patients had previous cessation attempts and were encouraged to quit and seek treatment, which may indicate a subgroup of patients with greater chances of success.²⁵

Data from this study reinforce the harmful consequences of smoking,¹² such as the high rates of TRD, with a prevalence of respiratory diseases. Furthermore, approximately one-third of the patients were on leave or retired due to illness. Moreover, it is possible that due to their clinical pathologies, such individuals may have received more encouragement by physicians and other health professionals to stop smoking because they utilize more health services to address their health problems.¹

The co-morbidity rates with depression and anxiety (evaluated by the HAD Scale; 39% and 64%, respectively) were higher than rates for the population in general.¹⁵ These variables were not associated with the outcomes studied (non-compliance and failure), likely due to the limitations imposed by the number of subjects. However, it is important that these co-morbidities are assessed by health professionals seeking a broader approach to tobacco addiction.

Regarding the motivation for smoking cessation assessed by the URICA Scale, 43% of the subjects were in a borderline stage between Contemplation and Action, 36% were in the Contemplation stage and 21% of the subjects were in the stage of Action for Change. Compared with the stage of Action for Change, the stage of motivation Contemplation/Action demonstrated a moderate association with non-adherence to treatment. Several studies¹⁹ have pointed to the importance of recognizing the patient's motivational stage so that health professionals can adapt their approach, aiming to pass through a stage still ambivalent to the Action stage and maintain the intended cessation.

A study has suggested that lower rates of compliance are directly associated with lower rates of abstinence from smoking.⁷ In the current study, success in smoking cessation was significantly higher among those who joined (66% versus 17% who did not join). The relationship between adherence and success indicates the importance of studies that contribute to the optimization of adherence strategies. Moreover, this finding suggests the need for studies to deepen the understanding of success rates above the spontaneous cessation rate (around 5% to 10%)¹⁴ even among patients who do not adhere to treatment.

The reasons provided by smokers for non-adherence to treatment were primarily related to difficulties in maintaining attendance (especially time and transport). These difficulties suggest the need for flexible scheduling and the facilitation of access to services for smokers.

The cessation rate of 35% in this study is similar to national and international studies.^{10,6} This result encourages the expansion of services for smokers to contribute to the reduction of the morbidity-mortality associated with tobacco.

The trend of the association between the type of incentive given for cessation and its failure is noteworthy, with family encouragement being associated with failure when compared to the encouragement received from health professionals. A study¹⁶ has argued that there is a greater negative impact of family support among women than men and that providing guidance to families of smokers might contribute to improved results related to cessation. From these data, we hypothesized that family encouragement may be perceived by smokers

as a form of criticism or pressure, which could contribute to worse outcomes. It is suggested, therefore, that training and including the family in the treatment of smokers may provide a further incentive for cessation.

One factor that was related to treatment failure in the multivariate analysis was the lack of leisure activities. A study¹⁷ showed that participation in meetings outside of the work place, at church or with family members, are predictive of success among daily smokers, suggesting that social participation promotes the successful treatment of smokers. Abdullah and Yan¹ reported that smokers who engaged in other activities in their routine and did not need to smoke to pass the time had greater success in the treatment. This indicates the need to integrate strategies that consider this variable in order to facilitate smoking cessation.

The second noteworthy factor associated with failure was a higher degree of education. This finding was not corroborated by Broms'⁴ studies, which showed an inverse relationship. The finding likely relates to the fact that the present study evaluated individuals who sought treatment at a public university hospital with a care profile characterized by high demand, limited space, the participation of students and other professionals in training as observers. In addition, the language adopted in the groups indicated a low educational profile of the majority of participants. However, other studies, particularly in the Brazilian population, should be performed in order to examine this hypothesis.

A factor cited in the multivariate analysis as associated with cessation failure was the absence of tobacco-related disease (TRD). A recent study⁵ noted that the presence of TRD is related to treatment-seeking and increased motivation for cessation. From these data, it is suggested that smokers could be targeted with greater emphasis on the benefits associated with the prevention of TRD as well as the benefits of smoking cessation on quality of life, even before the emergence of a disease related to smoking.

Several limitations of this study should be highlighted. The first refers to the small number of subjects evaluated, which limited the power of statistical analysis. Another limitation was the non-inclusion of individuals who did not arrive on the first day with sufficient time to respond to the interview before their participation in the host group. Although this method prevented the inclusion of a significant number of smokers in the study, it was followed because we considered it most important that the patients were not compromised in their search for treatment (i.e., by not starting their care on the desired day) as a result of the research. A further limitation is that smoking cessation was measured by self-report, without biological validation such as serum cotinine measurement.

From the data presented, it is suggested that the variables of family encouragement, lack of leisure activities, higher education and absence of TRD are particularly critical in addressing smoking cessation.

REFERENCES

- 1 - Abdullah ASM, Yam HK. Intention to Quit Smoking, Attempts to Quit, and Successful Quitting Among Hong Kong Chinese Smokers: Population Prevalence and Predictors. *Am J Health Promot.* 2005; 19 (5): 346-54.
- 2 - Azevedo, RCS, Boscolo MM, Higa CM. Diretrizes para abordagem do tabagista (Internet page). FCM Unicamp. Available at: http://www.fcm.unicamp.br/diretrizes/d_n_c/diretr_abord_tabagista/diretr_abord_tabagista_pag_1.html [Accessed in March 2010]
- 3 - Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia, CJ, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica.* 1995; 29 (5):359-363.
- 4 - Broms U, Silventoinen K, Lahelma E, Koskenvuo M, Kaprio J. Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: The contribution of smoking behavior and family background. *Nicotine Tob Res.* 2004; 6 (3): 447-455.
- 5 - 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.
- 6 - Croghan IT, Ebbert JO, Hurt RD, Hays JT, Dale LC, Warner N et al. Gender differences among smokers receiving interventions for tobacco dependence in a medical setting. *Addict Behav.* 2009; 34 (1): 61-67.

- 7 - D'Angelo MES, Reid RD, Hotz S, Irvine J, Segal RJ, Blanchard CM et al. Is Stress Management Training a Useful Addition to Physician Advice and Nicotine Replacement Therapy during Smoking Cessation in Women? Results of a Randomized Trial. *Am J Health Promot.* 2005; 20 (2): 127-34.
- 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 - Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil -using the AUDIT and Fagerström questionnaires. *São Paulo Med J.* 2000; 118 (5): 139-43.
- 10 - Haggsträm FM, Chatkin JM, Cavalet-blanc D, Rodin V, Fritsher CC. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição de nicotina. *J Bras Pneumol.* 2001; 27(5): 255-261.
- 11 - IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar de Tabagismo 2008. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009.
- 12 - INCA – Instituto Nacional do Câncer. Fique Atento - Conheça o cigarro por dentro. Doenças associadas ao uso dos derivados do tabaco. Available at: www.inca.gov.br/tabagismo [Accessed in October 2009]
- 13 - INCA. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2002.
- 14 - Jain A. Treating nicotine addiction. *BMJ.* 2003; 327: 1394-5.

- 15 - Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 8–19.
- 16 - Lichtenstein E, Andrews JA, Barckley M, Akers L, Severson HA. Women Helping Chewers: Partner Support and Smokeless Tobacco Cessation. *Health Psychology*. 2002; 21 (3), p. 273 – 278.
- 17 - Lindstrom M, Isacson SO, Elmstahl S. Impact of different aspects of social participation and social capital on smoking cessation among daily smokers: a longitudinal study. *Tob Control*. 2003;12: 274-281.
- 18 - McConaughy EA, Diclemente CC, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of Change in Psychotherapy: a Follow-up report. *Psychotherapy*. 1983; 26 (4): 494-503.
- 19 - Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação Psicol*. 2006: 10(1), p. 91-99.
- 20 - OMS – Organização Mundial de Saúde. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009. Implementing smoke-free environments. Fresh and Alive. Mpower. Geneva; 2009.
- 21 - OPAS – Organização Panamericana de Saúde. Tabaco e Pobreza: Um círculo Vicioso. 31 de maio – Dia Mundial sem Tabaco. Informativos. Genebra; 31 de Maio de 2004.
- 22 - Prochaska JO, Diclemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1982; 19: 276-288.

- 23 - Sales MPU, Figueiredo MRF, Oliveira MI, Castro HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J Bras Pneumol.* 2006; 32 (5): 2006.
- 24 – SAS – (Statistical Analysis Systems), versão 9.1.3. SAS Institute Inc, 2002-2003. Cary, NC, USA.
- 25 - Van Loon JM, Tjhuis M, Surtees PG, Ormel J. Determinants of smoking status: cross-sectional data on smoking initiation and cessation. *Eur J Public Health.* 2004; 15 (3): 256–261.
- 26 – Zigmond AS e Snaith RP. The Hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scand.* 1983; 67: 361-70.

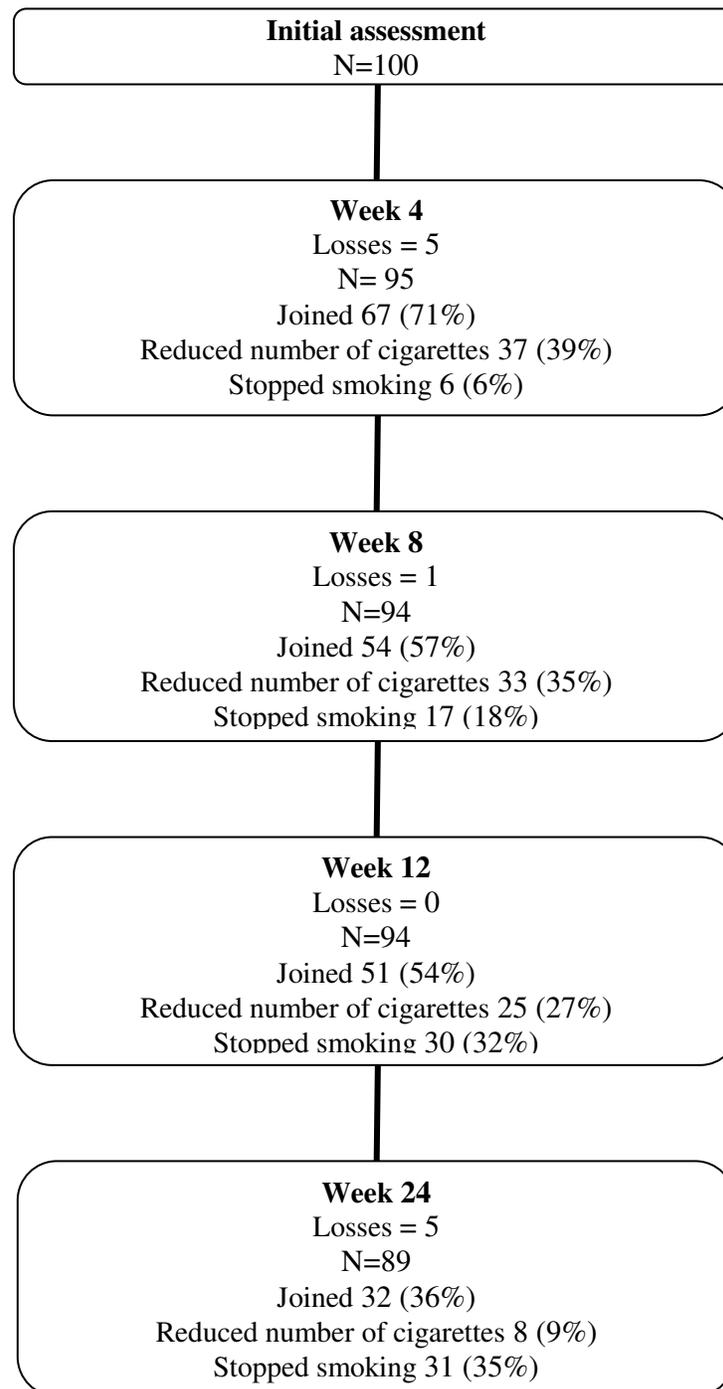
Figure 1. Monitoring of patients during the study

Table 1. Profile of the studied population (n=100)

Variable	N	%
Sex		
Female	75	75%
Male	25	25%
Age group		
<= 39 years	21	21%
40-59 years	67	67%
>=60 years	12	12%
Schooling		
<= Primary uncompleted	60	60%
>= Primary complete	27	27%
Professional status		
Working	53	53%
Away by disease	20	20%
Retired due to illness	11	11%
Unemployed	9	9%
Marital status		
With partner	54	54%
Without partner	46	46%
Lives with smoker	43	43%
Has leisure activities	57	57%
With tobacco-related disease (n=53)		
Respiratory	30	55%
Cardiovascular	13	24%
Cancer	10	18%
Attempted to quit previously	70	70%
Recommendation		
Doctor	51	51%
Others	44	44%
Fagerström		
High	78	78%
Medium or Low	22	22%
Received encouragement for cessation	66	66%
URICA		
Contemplation	36	36%
Contemplation / Action **	43	43%
Action	21	21%
HAD Anxiety positive	64	64%
HAD Depression positive	39	39%
Main reasons for non adherence (n=57)		
Schedule difficulty	27	47%

Personal problems	6	10%
Transport	5	9%
Lack of interest	5	9%

Table 2 - Logistic regression analysis of univariate and multivariate factors for treatment failure at 24 weeks

Variable	P	OR	IC 95% OR
Leisure *			
Yes			
No	0.010	3.91	1.39-11.01
Education*			
≤ elementary			
≥ secondary	0.024	4.51	1.22-16.58
Tobacco-related disease *			
Yes			
No	0.049	2.70	1.01-7.25
Who encouraged cessation **			
Health professional			
Family member	0.085	2.69	0.87-8.26

* Multivariate logistic regression analysis

** Univariate logistic regression analysis

7) Discussão

A Organização Mundial de Saúde⁶⁵ estimou em 5 milhões o número de mortes atribuídas ao tabagismo no ano de 2002; se os atuais padrões de consumo de tabaco não se reverterem ou não forem adotadas as medidas previstas no Acordo Global de Controle do Tabagismo, as projeções para 2020 são de 10 milhões de óbitos.^{66,67}

O perfil sócio-demográfico dos tabagistas que procuraram atendimento, composto em sua maioria por mulheres, com concentração na faixa etária de 40 a 59 anos, escolaridade fundamental incompleto, em atividade profissional, com companheiro, católicos e com atividades de lazer, é compatível com dados da literatura nacional.^{40,51}

Este estudo apresenta maior taxa de mulheres que buscaram tratamento para tabagismo apesar de dados nacionais e internacionais apontarem que os homens têm maior prevalência de tabagismo.^{10,11,12} Alguns estudos^{9,68,69,70,71,72} têm discutido variáveis associadas a maiores dificuldade femininas na cessação tabágica, o que poderia contribuir para maior busca de auxílio para cessação. Entre as dificuldades os autores destacam: associação com maiores taxas de estados de humor negativos, depressão, stress e preocupação com o ganho de peso relacionado à cessação.

Estudo realizado nos EUA comparou tabagistas que buscavam tratamento para redução do número de cigarros consumidos por dia e os que buscavam para cessação do

tabaco. Os resultados apontaram que as mulheres buscam mais tratamento nos dois estudos, porém os homens buscam mais tratamento para redução do que para cessação.⁷³

Vários estudos^{2,3,12} relatam que a idade de maior prevalência de tabagismo é entre os 30 e 49 anos, com média de 34% da população no mundo. No Brasil, dados do CEBRID¹¹ apontam taxa de maior prevalência acima dos 35 anos com 12,2%; estudo do IBGE¹⁰ refere predominância entre 45 e 64 anos (22,7%). A faixa etária de maior concentração nesse estudo foi mais avançada (dos 40 aos 59 anos em 67% da amostra). Nessa faixa de idade, os riscos de possuir doenças decorrentes do tabagismo pelo maior tempo de exposição dos tabagistas a todas as substâncias tóxicas do cigarro se eleva, o que pode estimular à busca de auxílio para cessação.¹⁴

Estudo realizado na Finlândia evidenciou que o tabagismo é mais comum em pessoas com baixa escolaridade em ambos os sexos, o que se assemelha ao presente estudo com 60% dos sujeitos com escolaridade até ensino Fundamental Incompleto.⁷⁴

Mais da metade dos sujeitos deste estudo eram provenientes da Região Metropolitana de Campinas (RMC) e apenas 31% de Campinas. Tal dado pode refletir um maior acesso a tratamento para o tabagismo no município de Campinas, considerando que a rede pública vem sendo capacitada para este atendimento nos últimos anos.⁷⁵ Por outro lado, aponta a necessidade de ampliação dos serviços de tratamento do tabagismo na

região, visando à facilitação geográfica e territorial do acesso e contribuindo para redução de obstáculos na busca e adesão ao tratamento.

A maioria dos tabagistas do presente estudo trabalhava (53%), dado compatível com a faixa etária de maior preponderância, embora um número expressivo de entrevistados estivesse afastado ou aposentado, principalmente por doença física e/ou tabaco relacionada.

Do ponto de vista da história tabágica, a maioria dos pacientes deste estudo iniciou o hábito com 15 anos de idade ou menos, tinham 30 anos ou mais de tabagismo e apresentavam dependência alta pelo Teste de Fagerstrom, dados condizentes com outros trabalhos no tema e que poderiam associar-se com maiores dificuldades para cessação.²⁶ Por outro lado, a maior parte deles tinha tentativas anteriores de cessação e foram incentivados a parar de fumar e a procurar tratamento, o que pode indicar um subgrupo de pacientes com melhores chances de sucesso.³⁹

Do ponto de vista clínico, mais da metade dos pacientes apresentava doença tabaco relacionada, o que pode influenciar no desfecho do tratamento, pois essas pessoas são mais encorajadas pelos médicos e/ou profissionais de saúde a parar de fumar porque freqüentam mais serviços de saúde para tratar de complicações de saúde.³⁷

A presença de depressão e/ou ansiedade tem sido considerada fator que dificulta a cessação tabágica^{9,76} No presente estudo, os pacientes apresentaram quadro de ansiedade (acima do ponto de corte pela HAD-A) em 64% dos entrevistados e de depressão (HAD-D)

em 39% dos pacientes. Embora estas taxas sejam superiores à população geral^{77,78} estas variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa para os desfechos adesão ou sucesso na cessação. Esta ausência de correlação pode estar relacionada ao pequeno tamanho da amostra.

As taxas de uso de risco de bebidas alcoólicas avaliadas pelas escalas CAGE e AUDIT foram similares à população geral, apresentando maior frequência masculina para este uso. Embora estudos apontem que o uso concomitante de bebidas alcoólicas pode ser considerado um elemento dificultador para a cessação tabágica, este dado não foi corroborado por este estudo. É possível que isto tenha ocorrido em função do tamanho da amostra.⁷³

Os resultados relacionados à adesão ao tratamento apontam maiores taxas entre as mulheres, entre indivíduos sem companheiro, os que referiram ter prática religiosa, estavam em estágio motivacional Contemplação-Ação em comparação com Contemplação e aqueles que informaram ter recebido incentivo de alguém para parar de fumar.

As mulheres apresentaram maior adesão a tratamento do que os homens na semana 12 do seguimento. Contrário ao presente estudo, no trabalho de Melo e colaboradores³⁰ os homens foram mais aderentes ao tratamento do que as mulheres. Segundo os autores esta diferença pode ter ocorrido em função de graus elevados de ansiedade e de depressão nas mulheres em comparação aos homens no início do tratamento e que isso pode ter influenciado na menor adesão feminina nesse estudo. É importante ressaltar que as taxas de

ansiedade e depressão no presente estudo não se associaram aos desfechos. Além disso, a maior adesão feminina neste estudo pode estar relacionada ao acompanhamento dos pacientes em Grupo Motivacional para trabalhar a ambivalência ao parar de fumar, possibilidade corroborada pelo estudo realizado por Perkins aponta que intervenções comportamentais de aconselhamento são mais eficazes na ajuda para as mulheres em função de suas dificuldades relacionadas à abstenção tabágica.⁴⁴

Entre os sujeitos deste estudo, aqueles que estavam sem companheiro, aderiram mais ao tratamento nas semanas 4, 8 e 12 do seguimento. A partir desse dado, foi levantada a hipótese de que os casados que não aderiram ao tratamento talvez tivessem mais companheiros fumantes.⁴⁹ Porém a análise estatística não apontou diferença entre os sujeitos com companheiros fumantes em comparação aos sujeitos sem companheiros fumantes ($p=0,6$). Outro estudo apontou que o status conjugal interferiu no tratamento do tabagismo, com menor probabilidade de cessação entre os casados.⁷⁹

Em contraponto ao resultado da presente pesquisa, estudos sugeriram que os participantes casados tiveram mais chances de parar de fumar do que os não casados e separados.^{38,39,37} O que é justificado por estes autores é que os fumantes casados/união estável tinham mais valores familiares e obtinham mais incentivo de seus cônjuges ou de seus filhos para parar de fumar.

Ter prática religiosa também se associou a adesão ao tratamento nas semanas 12 e 24 de seguimento. A prática religiosa considerada pelo presente estudo foi o

comparecimento à missa, culto ou equivalente pelo menos uma vez ao mês. Portanto, que as pessoas que têm pelo menos frequência semanal à igreja possuem menores chances de serem tabagistas do que aqueles que têm menos frequência em atividades religiosas.^{48,80} Outro trabalho apontou que os participantes do estudo ressaltam que medidas de prevenção e cessação incluíram aconselhamentos médicos, educação sobre efeitos negativos sobre a saúde pelo uso do tabaco, a religião e ajuda de amigos.⁸¹

Houve diferença com relação ao estágio motivacional entre homens e mulheres, sendo que estas apresentaram taxas maiores de estágio Contemplação/Ação enquanto os homens encontravam-se em sua maioria em estágio de Contemplação, o que pode ter contribuído para as maiores taxas de adesão entre mulheres. Na análise do estágio motivacional pelo teste URICA, os pacientes que estavam mais motivados, ou seja, em estágio de Contemplação-Ação e Ação tiveram maior adesão ao tratamento quando comparados ao estágio de Contemplação na semana 12 de seguimento. Em 24 semanas de seguimento os pacientes que estavam menos motivados, ou seja, em estágio Contemplação/Ação em comparação ao estágio de Ação tiveram maior risco de não adesão (3.11 de OR; $p=0,05$; IC-OR de 0.98-9.86) pela análise de regressão logística univariada.

Esse resultado é compatível com a literatura, que aponta a importância da motivação como um estado de avidez e de prontidão para a mudança.⁸² Estudos apontam taxas elevadas de ambivalência e medo do fracasso com relação à cessação do tabagismo principalmente em indivíduos que já tentaram e fracassaram outras vezes, comprometendo

a motivação por falta de confiança em conseguir o intento, achando-se incapazes e com medo do sofrimento que a síndrome de abstinência produz.⁸³

Receber incentivo de alguém para cessação e o tipo de incentivo recebido associaram-se tanto à adesão quanto a sucesso na cessação tabágica. Na avaliação de 12 semanas, os sujeitos que receberam incentivo de alguém para cessação do tabagismo aderiram mais ao tratamento do que aqueles que não receberam nenhum incentivo. O sucesso na cessação foi maior entre os sujeitos que receberam incentivo de um profissional de saúde ou social (24% e 33%, respectivamente) nas semanas 8 e 12 de seguimento. Quando comparou-se ter ou não incentivo com ter incentivo de profissional de saúde ou familiar, aqueles sem incentivo tiveram 3,81 de chance de insucesso (IC 95% OR 1,13-12,90, $p=0,03$) e com relação a quem incentivou, obteve-se, que comparado ao incentivo recebido do profissional de saúde/social o incentivo familiar associou-se ao insucesso (OR 5,91 de chance de insucesso, com IC 95% OR 1,79-19,44 – $p=0,004$) na semana 12 do seguimento como mostra a Tabela 14.

Estudos apontam que o apoio familiar recebido no tratamento de homens é positivo, porém quando o grupo de tratamento é de mulheres isso não se repete, ou seja, os homens têm mais facilidade de receber ajuda de suas parceiras do que as mulheres.^{47,84}

Os motivos que se relacionaram ao sucesso na cessação de tabagistas no presente estudo foram ter lazer, menor escolaridade, receber incentivo de profissional de saúde ou social e ter DTR.

Possuir atividades de lazer em contraste com não possuí-las relacionou-se a sucesso na cessação tabágica nas semanas 8 e 24 do seguimento. Outro estudo⁸⁵ também enfatiza que a participação em reuniões fora do trabalho, na igreja, reunião de parentes e festas privadas são preditores de sucesso em fumantes diários concluindo que a participação social interfere no sucesso terapêutico de tabagistas.

Outro estudo semelhante ao presente estudo, relata que aqueles tabagistas que informaram não ter o hábito de fumar para “matar o tempo”, ou seja, aqueles que se envolviam em outras atividades na sua rotina e não precisavam fumar para passar o tempo tinham mais sucesso na cessação.³⁷ E outro estudo apontam ainda que homens com problemas emocionais e com poucos interesses na vida têm menores chances de parar de fumar.³⁹

Outro fator que se destacou como associado a sucesso na cessação tabágica na semana 24 semanas foi a presença de DTR (doença tabaco relacionada). Estudo recente aponta que a presença de DTR pode ser um fator de busca e motivação para a cessação do tabagismo.⁸⁶

A escolaridade também se destacou como fator associado ao desfecho de tratamento. O sucesso na cessação tabágica em 24 semanas de seguimento foi relacionado à menor escolaridade (até Fundamental Completo) quando comparada com maior escolaridade (ensino Médio ou mais). Esse dado não foi corroborado por dados do estudo

de Broms e colaboradores⁷⁹ que apresentou maior sucesso para os pacientes que tinham alta escolaridade. É possível que este dado relacione-se ao local onde foi realizado este estudo, um hospital universitário público e, em função do seu perfil assistencial (elevada demanda, limitação de espaço físico, participação de alunos e outros profissionais em capacitação como observadores, além da linguagem adotada nos grupos balizada pelo perfil de baixa escolaridade da maioria dos participantes) pode ter contribuído para este achado. Todavia, outros estudos, notadamente na população brasileira, poderiam ser realizados com o objetivo de discutir esta hipótese.

Ser homem, ter companheiro, não receber incentivo, não ter prática religiosa e menor motivação se relacionaram a não adesão ao tratamento. No presente estudo, os motivos de não adesão relatados pelos entrevistados em 4, 8, 12 e 24 semanas foram a dificuldade de frequência e horário, transporte e problemas de saúde e/ou pessoais. O que é semelhante ao estudo que encontrou entre os fatores de não adesão de mulheres a tratamentos prolongados ao tabagismo, dificuldades de horário, dificuldade em deixar suas crianças e dificuldades de transporte.³⁶

Os fatores associados ao insucesso na cessação tabágica no presente estudo foram não ter lazer, receber incentivo familiar, não ter DTR e maior escolaridade.

Ter recebido incentivo familiar para cessação se associou ao desfecho negativo na cessação do tabagismo. A partir deste dado, propõe-se que o incentivo familiar pode ser

percebido pelo tabagista como uma forma de crítica ou pressão, o que poderia colaborar para piora nos resultados.

Estudos apontam que menores taxas de adesão ao tratamento estão diretamente associadas a menores taxas de abstinência na cessação do tabagismo.^{36,30} No presente estudo, o sucesso na cessação tabágica foi significativamente superior entre os que aderiram em comparação com os que não aderiram ao tratamento. A relação entre adesão e sucesso indica a relevância de estudos que contribuam para a otimização de estratégias de incremento da adesão. Além disso, sugere-se a necessidade de estudos que aprofundem a compreensão sobre as taxas de sucesso superiores à taxa de cessação espontânea (em torno de 5% a 10%), mesmo em pacientes que não aderiram ao tratamento, mas que o buscaram.⁸⁷

A taxa geral de cessação de 35% encontrada neste estudo é semelhante a estudos nacionais e internacionais.^{40,88} A relação entre o uso de medicação utilizada pelos pacientes e, a abstinência obtida por eles não foi considerada para as análises estatísticas, já que o foco do estudo foram os fatores sócio-demográficos e clínicos abordados.

Com relação à análise qualitativa das respostas à pergunta “*Como começou a fumar*”, alguns aspectos merecem ser destacados. O primeiro deles refere-se à facilitação familiar como fator de iniciação; é importante apontar que a idade média dos participantes deste estudo indica início do uso de cigarros há aproximadamente trinta anos, época em que a

divulgação dos malefícios do cigarro não ocorria; considera-se, portanto que este elemento facilitador provavelmente vem se enfraquecendo, notadamente nos últimos anos. Por outro lado, as demais categorias que englobam a facilitação social pelos pares e o uso do cigarro em função de sua representação associada à independência, charme e sucesso mantêm-se largamente utilizadas pela mídia como forma de cooptação de novos usuários. É importante destacar que embora medidas recentes venham limitando os veículos de divulgação da propaganda de cigarros, a mídia vem criativamente buscando novas formas de exposição de seu “produto”, entre elas o cinema.^{89,90}

Quando questionados sobre “*por que fumar começou a incomodá-lo?*” as repostas relacionaram-se fortemente a razões familiares; percepção de dano ligado à própria saúde; limitação na autonomia relacionada à dependência e a pressão social que vem sendo intensificada em boa parte do mundo e também em nosso país, com particular ênfase no Estado de São Paulo. Sugere-se que estas razões apontadas pelos tabagistas sejam incorporadas às abordagens de motivação para cessação, notadamente entre os tabagistas ambivalentes.

Com relação às razões apontadas pelos pacientes para a busca de tratamento, inquiridas através da pergunta “*por que decidiu procurar tratamento?*”, houve destaque para respostas relacionadas à necessidade de auxílio e um forte componente de preocupação com a saúde seja como medida preventiva seja na tentativa de minimização de um dano já instalado. Este item reforçou outros estudos que têm apontado a relevância da utilização do

encontro do profissional da saúde com o paciente tabagista como um momento oportuno para empreender medidas de estímulo à motivação em direção à cessação tabágica.^{91,92}

7.1 - Limitações do estudo

Algumas limitações deste estudo necessitam ser ressaltadas e apontam restrições à extrapolação dos dados.

A primeira delas refere-se ao número modesto de sujeitos avaliados no estudo, o que pode ter contribuído para limitações na análise estatística dos dados. Parte desta limitação deveu-se principalmente a uma preocupação ético-metodológica que impôs como critério de inclusão a necessidade de não ter participado de nenhum Grupo Motivacional antes da entrevista. Tal critério objetivou colher as informações “espontâneas” dos pacientes, no sentido de evitar que a participação no GM adicionasse conteúdos grupais às suas motivações. Além disso, no intuito de não retardar a inclusão dos pacientes no GM e com isso prejudicar o seu tratamento, definiu-se que só seriam entrevistados os pacientes que chegassem ao primeiro dia de atendimento com tempo hábil para participação na entrevista. Tal medida, necessária ao cumprimento do critério citado, deixou de incluir no estudo um número expressivo de tabagistas.

Outra limitação do estudo refere-se à forma de contato nas entrevistas nas semanas 4, 8, 12 e 24, pois em decorrência do período de seguimento adotado no estudo e do fato de que mais da metade dos sujeitos morava fora da cidade de Campinas, o contato pessoal com os pacientes foi sendo gradativamente substituído pelo contato telefônico, principalmente

no sexto mês. Tal fato justifica-se parcialmente pelo fato dos pacientes ficarem em atendimento para tratamento do tabagismo no ambulatório por 12 semanas em média, sendo acompanhados em prevenção de recaída no GM uma vez por mês com menor regularidade.

Uma terceira limitação a ser apontada é o fato de que a cessação tabágica foi definida pelo auto-relato do paciente, sem medidas de confirmação biológica tais como a dosagem de cotinina. Esta limitação pode ter contribuído para menor acurácia do dado.

Quanto ao incentivo de alguém para parar de fumar, foi considerado o que o paciente relatou como primeira opção, porém esse incentivo pode ter vindo de várias formas, o que pode ter impedido o maior enriquecimento dos dados obtidos na análise.

7.2 - Considerações finais

Os dados levantados por este estudo sugerem que:

1) É de grande importância a realização de pesquisas que avaliem tabagistas fora de *setting* de tratamento, visando ampliar a compreensão dos fatores relacionados a não buscar auxílio terapêutico, notadamente entre os homens, que apresentam elevadas taxas de morbimortalidade associada a doenças tabaco-relacionadas.

2) Os profissionais de saúde sejam estimulados à orientar seus pacientes quanto aos benefícios da cessação tabágica mais precocemente e os tabagistas sejam sensibilizados para os benefícios relacionados à cessação tabágica, principalmente antes da instalação de uma patologia relacionada ao fumo, minimizando as conseqüências nocivas relacionadas ao tempo de exposição ao tabaco.

3) Embora a presença de ansiedade e depressão não tenham se relacionado aos desfechos neste estudo, as elevadas taxas encontradas indicam que estas comorbidades devem ser valorizadas na avaliação de tabagistas que procuram tratamento.

4) As variáveis gênero masculino, ter companheiro, não ter prática religiosa, não ser portador de doença tabaco relacionada, não ter atividades de lazer, ausência de incentivo de alguém e incentivo familiar para cessação, devem ser particularmente consideradas nas estratégias de abordagem de tabagistas em função de terem se associado a desfechos negativos (não adesão ao tratamento e insucesso na cessação tabágica).

5) A inclusão de familiares seja considerada nas abordagens destinadas à cessação do tabagismo.

8) Conclusões

1) O perfil sócio-demográfico dos tabagistas que procuraram atendimento foi composto predominantemente por mulheres, com idade acima de 40 anos, escolaridade fundamental incompleto, em atividade profissional, com companheiro, procedentes da região metropolitana de Campinas, católicos, com prática religiosa e com atividades de lazer. Do ponto de vista de dados relacionados ao tabagismo, a maioria dos pacientes deste estudo iniciou o hábito com 15 anos de idade ou menos; tinham 30 anos ou mais de tabagismo; apresentavam dependência alta pelo Teste de Fagerstrom; estágio motivacional entre a Contemplação e a Ação; com tentativas anteriores de cessação; foram incentivados por alguém a parar de fumar e receberam encaminhamento médico para o tratamento. Com relação ao perfil clínico, a maioria dos pacientes apresentava doença tabaco relacionada; apresentaram pontuação acima da média populacional para depressão e ansiedade e taxas de uso problemático de bebidas alcoólicas semelhante à população geral.

2) As variáveis gênero feminino, sem companheiro, com prática religiosa, mais motivado e com incentivo para cessação relacionaram-se à adesão ao tratamento.

3) As variáveis ter atividades de lazer, ter doença tabaco relacionada, receber incentivo para cessação e maior motivação se relacionaram ao sucesso na cessação tabágica.

9) Referências bibliográficas

1. Silva CMB. Tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes escolares da Rede Pública de Ensino do Município de Natal. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, s.n., 2000.
2. Ezzati M, Lopes AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*. 2003; 362: 847-62.
3. Jha P, Ranson MK, Nguyen SN, Yach D. Estimates of Global and Regional Smoking Prevalence in 1995, by age and Sex. *Am J Public Health*. Junho/2002; 92 (6):1002-6.
4. OMS – Organização Mundial de Saúde. Tobacco Free Initiative. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 - The MPOWER package www.who.int/tobacco/mpower/tobacco_facts/en.
5. CONACE: Conselho Nacional para o Controle de Drogas. Ministério do interior. Governo do Chile. <http://www.conacedrogas.cl>, 2006.
6. Uzun O, Cansever A, Basoglu C, Ozsahin A. Smoking and substance abuse in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up study in Turkey. *Drug Alcohol Depend*. Maio/2003; 70 (2): 187-92.
7. Herraín A, Santiago A, Sandoya M, Fernández MJ, Díez-Manrique JF, Va’zquez-Barquero JL. Determinants of smoking behaviour in outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2000; 41 (2): 373–81.

8. McCloughen A. The association between schizophrenia and cigarette smoking: A review of the literature and implications for mental health nursing practice. *Int J Ment Health Nurs.* 2003; 12 (2): 119–129.
9. O’Connell M, Lucan SC, Yeh MC, Rodrigues E, Shah D, Chan W, Kutz DL. Impediment profiling for smoking cessation: Results of a pilot study. *Am J Health Promo.* 2003; 17 (5): 300-3.
10. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar de Tabagismo 2008. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009.
11. Carlini, EA. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas. Unifesp – Universidade Federal de São Paulo, 2006.
12. OMS – Organização Mundial de Saúde. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009. Implementing smoke-free environments. Fresh and Alive. Mpower. Geneva; 2009.
13. Ezzati M, Henley SJ, Thun MJ, Lopez AD. Role of smoking in Global and Regional Cardiovascular Mortality. *Circulation.* 2005; 112 (4):489-97.
14. INCA – Instituto Nacional do Câncer. Fique Atento - Conheça o cigarro por dentro. Doenças associadas ao uso dos derivados do tabaco. www.inca.gov.br/tabagismo Acesso em: 20/10/2009.

15. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. www.anvisa.gov.br (acesso em 30/04/2009).
16. Halty LS, Hüttner MD, Oliveira Neto I, Fenzer H, Pasqualini T, Lempek B et al. Pesquisa sobre tabagismo entre médicos do Rio Grande, RS: prevalência e perfil do fumante. *J Bras Pneumol*. Mar-Abr/2002; 28(2):77-83.
17. Machado Neto AS, Cruz AA. Tabagismo em amostra de adolescentes escolares de Salvador-Bahia. *J Bras Pneumol*. Set-Out/2003; 29(5): 264-72.
18. Jarvis MJ. Why people smoke. *BMJ*. 31 Janeiro 2004; 328: 277-9.
19. Carvalho NSS, Oliveira MVC. Aspectos psicológicos relacionados ao Tabagismo. Atualização e Reciclagem. *Pneumologia*. 2005; Parte VII – Tabagismo: 265-70.
20. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Public Health Service, Office on Smoking and Health. Rockville; 1988.
21. Heishman SJ, Taylor RC, Henningfield JE. Nicotine and Smoking: A review of effects on human performance. *Exp Clin Psychopharmacol*. 1994; 2 (4): 345-95.
22. Ashton H & Stepney R. Fumer. Psychologie et Pharmacologie. Bruxelles: Pierre Mardaga Editeur, 1982.
23. Planeta CS e Cruz FC. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. *Rev Psiquiat Clin*. 2005; 32 (5): 251-8.
24. Gigliotti A, Carneiro, E, Ferreira M. Tratamento do tabagismo. Em B. Rangé (Org.) *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais*. Porto Alegre: 2001. Artmed, p. 351-71.

25. Mundim, MM. Análise Comportamental em um caso de dependência à nicotina. *Rev Bras Ter Comp Cognitiva*. 2006; 7 (2): 179-91.
26. Sales MPU, Figueiredo MRF, Oliveira MI, Castro HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J Bras Pneumol*. Set-Out/2006; 32 (5).
27. Fontanella BJB, Mello GA, Demarzo MMP, Turato ER. Percepção da síndrome de dependência por pacientes em tratamento. *J Bras Psiquiat*. 2008; 57 (3):196-202.
28. Resende GLO, Raposo do Amaral VLA, Bandeira B, Gomide ATS, Andrade EMR. Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. *Rev Psiquiat Clin*. Jul-Ago/2005; 32 (4).
29. Rondina RC, Moratelli HB, Botelho C. Tabagismo e características da personalidade em estudantes universitários. *Rev Psiquiat Clin*. São Paulo: 2001. 28 (2): 52-9.
30. Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação Psicol*. 2006; 10(1): 91-99.
31. Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da Tuberculose em Pelotas, Rio G. Do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad Saude Publica*. Out/Dez/1999; 4 (15).
32. Mckee TBA, Martin AS, Jatlow DJ, O'Malley P. Fator estrutural e validade do Questionário de Aderência a Medicação (MAQ) com triagem rápida de fumantes de cigarro. *Nic Tob Res*. Mai/2007; 9 (5): 597-605.
33. Uberti EMH, Diestel MCF, Lubbe LP, Zubaran GM, Costa PL. Controle ambulatorial pós-molar: importância da motivação continuada e do atendimento personalizado na

- adesão da paciente ao tratamento. *Rev Bras Ginecol Obstetr.* Nov-Dez/1992; 14 (6): 267-71.
34. Solberg LI, Enstad CJ, Boyle RG, Nelson WW. Physician-Patient Interaction for Smoking Cessation Medications: A Dance of Mutual Accommodation? *J Am Board of Family Practices: JABFM.* Mai/Jun/2006; 19 (3): 251-7.
35. Borrelli B, Papandonatos G, Spring B, Hitsman B, Niaura R. Experimenter-defined quit dates for smoking cessation: adherence improves outcomes for women but not for men. *Addiction.* Out/2003; 99 (3): 378–85.
36. D'Angelo MES, Reid RD, Hotz S, Irvine J, Segal RJ, Blanchard CM, Pipe A. Is Stress Management Training a Useful Addition to Physician Advice and Nicotine Replacement Therapy During Smoking Cessation in Women? Results of a Randomized Trial. *Am J Health Promo (AJHP).* Nov-Dez/2005; 20 (2): 127-34.
37. Abdullah ASM, Yam HK. Intention to Quit Smoking, Attempts to Quit, and Successful Quitting Among Hong Kong Chinese Smokers: Population Prevalence and Predictors. *Am J Health Promo.* Mai/Jun 2005; 19 (5): 346-54.
38. Leinsalu M, Tekkel M e Kunst AE. Social determinants of ever initiating smoking differ from those of quitting: a cross-sectional study in Estonia. *Eur J Public Health.* March 2007; 17(6):572-8.
39. Van Loon JM, Tjihuis M, Surtees PG, Ormel J. Determinants of smoking status: cross-sectional data on smoking initiation and cessation. *Eur J Public Health.* May/ 2005; 15 (3): 256–61.

40. Haggström FM, Chatkin JM, Cavalet-blanco D, Rodin V, Fritsher CC. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição de nicotina. *J Bras Pneumol*. Set-Out/2001; 27(5): 255-61.
41. Sieminska A, Buczkowski K, Jassem E, Lewandowska K, Ucinska R., Chelminska M. Patterns of motivations and ways of quitting smoking among Polish smokers: A questionnaire study. *BMC Public Health*. 2008; 8: 274.
42. Guerra MP. A Abstenção Tabágica: Reflexões sobre a recaída. *Análise Psicológica*. 2004; 3 (22): 507-18.
43. Burgess ES, Brown RA, Kahler CW, Niaura R, Abrams DB, Goldstein MG et al. Patterns of change in depressive symptoms during smoking cessation: Who's at risk for relapse? *J Consult Clin Psychol*. 2002; 70 (2): 356-61.
44. Perkins KA. Smoking Cessation in Women: Special Considerations. *CNS Drugs*. 2001; 15 (5): 391-411.
45. Marcus BH, Lewis BA, King TK, Albrecht AE, Hogan MSJ, Bock B, Parisi AF, Abrams DB. Rationale, design, and baseline data for Commit to Quit II: an evaluation of the efficacy of moderate-intensity physical activity as an aid to smoking cessation in women. *Prev Med*. 2003; 36: 479-92.
46. Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiat*. Dezembro/2001; 23 (4): 200-14.

47. Lichtenstein E, Andrews JA, Barckley M, Akers L, Severson HA. Women Helping Chewers: Partner Support and Smokeless Tobacco Cessation. *Health Psychol.* 2002; 21 (3): 273 – 8.
48. Williams CD, Lewis-Jack O, Johnson K, Adams-Campbell L. Environmental influences, employment status, and religious activity predict current cigarette smoking in the elderly. *Addict Behav.* 2001; 26(2): 297-301.
49. Dollar KM, Homish GG, Kozlowski LT, Leonard KE. Spousal and Alcohol-Related Predictors of Smoking Cessation: A Longitudinal Study in a Community Sample of Married Couples. *Am J Public Health.* Fev/2009; 99 (2): 231-33.
50. HC/UNICAMP – Hospital das clínicas da UNICAMP. (página da internet) www.hc.unicamp.br, acesso em 20/04/2009.
51. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISMA, Frazatto CRG, Fernandes RF, Goulart W, Botega NJ, Boscolo MM, Sartori RM. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimentos de dois anos. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55 (5): 593-96.
52. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
53. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978; 3 (3-4): 235-41.
54. Carmo JT e Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerström teste para dependência de nicotina (FTDN) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med.* 2002; 59 (1-2): 73-80.

55. Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira R. The frequency of smoking and problem drinking among general hospital inpatients in Brazil – using the AUDIT and Fagerstrom questionnaires. *São Paulo Medic Journal – Rev Paulista Med.* 2000; 118 (5): 139-43.
56. Prochaska JO, Diclemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative modelo of change. *Psychot: Theory, Res Practice.* 1982; 19: 276-88.
57. McConaughy EA, Diclemente CC, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of Change in Psychotherapy: a Follow-up report. *Psychotherapy.* 1983; 26 (4): 494-503. (Adaptação para o Português. Figlie, 1999).
58. Zigmund AS e Snaith RP. The Hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67: 361-70.
59. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia, CJ, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica.* Outubro/1995; 29 (5):359-63.
60. Babor TF, Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT – Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool. Orientações para o uso em Cuidados de Atenção Primária,1992. www.who.int (acesso em 25/10/2009).
61. Lima C, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol and Alcohol.* 2005; 40: 584-9.
62. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry.* 1971; 127:1121-3.

63. Masur J, Monteiro M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. *Journal Biol Res.* 1983; 16: 215-8.
64. Rosemberg J. Nicotina – Droga Universal. São Paulo: colaboração do Instituto Nacional do Câncer, CONPREV (Programa Nacional do Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer), 2003.
65. OMS – Organização Mundial de Saúde. Tobacco Control Country Profiles. Second Edition 2003. www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/Introduction.pdf.
66. INCA – Instituto Nacional do Câncer. Ação global para Controle do Tabaco – 1º Tratado Internacional em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 3ª edição, 2004.
67. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Heath Jr MTC. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet.* 1992; 339 (8804): 1268.
68. Chollat-Taquet CM. Women and Tobacco. Genebra: WHO, 1992 (www.who.int).
69. Borreli B, Bock B, King T, Pinto B e Marcus BH. The Impact of Depression on Smoking Cessation in Women. *Am J Prev Med.* 1996; 12: 378-87.
70. Marckay J, Amos A. Women and Tobacco. *Respirology.* 2003; 8: 123-30.
71. Ayesta FJ, Fuentes-Pila MJ, Cortijo C. Tobacco ads Target Mainly at Women in Spain. Nova Deli: Editor Varma A.K. Tobacco Counters Health, 2000.
72. Araujo AJ, Caldas N, Borges MT, Ortolan F, Cassabian LA, Zoucas MA. Atualização no tratamento do tabagismo – Abordagem de populações especiais: Tabagismo e Mulher – Razões para abordagem de gênero. In: Gigliotti AP e Presman S.

- Atualização no tratamento do Tabagismo. Rio de Janeiro: ABP Saúde, 2006: 107-28.
73. Lemmonds CA, Mooney M, Reich B, Hatsukami, D. Characteristics of cigarette smokers seeking treatment for cessation versus reduction. *Addict Behav.* 2004; 29: 357–64.
74. Laaksonen M, Rahkonen, Karvonen S, Lahelma E. Socioeconomic status and smoking. Analysing inequalities with multiple indicators. *Eur J Public Health.* Mar/2005; 15 (3): 262–9.
75. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção AM, Fernandes RF, Boscolo MM, Frazatto CRG, Goulart W. Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. *Rev Saúde Pública.* Abr/2008; 42 (2): p.353-55.
76. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16 years-olds. *Arch Gen Psychiatry.* 1996; 53: 1043-7.
77. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1994; 51: 8–19.
78. Andrade L, Walter EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 Mental Disorder in a Cachment Area in the City of the São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry and Psychiat Epidemiol.* 2002; 37: 316-25.

79. Broms U, Silventoinen K, Lahelma E, Koskenvuo M, Kaprio J. Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: The contribution of smoking behavior and family background. *Nic Tob Res.* Jun/2004; 6 (3): 447-55.
80. Hofstetter CR, Ayers JW, Irvin VL, Kang Sim DE, Hughes SC, Reighard F, Hovell MF. Does Church Participation Facilitate Tobacco Control? A Report on Korean Immigrants. *J Immigr Minor Health.* Apr/2010; 12 (2): 187-97.
81. Giuliani KK, Mire OA, Jama S, Dubbois DK, Pryce D, Fahia S, Ehrlich LC. Tobacco use and cessation among Somalis in Minnesota. *Am J Prev Med.* Dez/2008; 35 (Suplemento 6): S457-62.
82. Miller W, Rollnick S. Entrevista Motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed; 2001.
83. Hughes JR. Why does smoking so often produce dependence? A somewhat different view. *Tob Control.* 2001; 10: 62-4.
84. Murray RP, Johnston JJ, Dolce JJ, Lee WW, O Hara P. Social support for smoking cessation and abstinence: the Lung Health study. *Addict Behav.* 1995; 20: 159-70.
85. Lindstrom M, Isacson SO, Elmstahl S. Impact of different aspects of social participation and social capital on smoking cessation among daily smokers: a longitudinal study. *Tob Control.* 2003; 12: 274-81.
86. 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.

87. Jain A. Treating nicotine addiction. Extracts from “Best Treatments”. *BMJ*. 2003; 327: 1394-5.
88. Llambí ML, Esteves E, Blanco ML, Barros M, Parodi C, Goja B. Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. *Rev Med Del Uruguay*. 2008; 24 (2).
89. Barata G. Cigarro no cinema contribui para jovens começarem a fumar. *Cienc Cult*. 2003; 55 (4): 18-18.
90. Pinsky I, El Jundi SARJ. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. *Rev Bras Psiquiat*. 2008; 30 (4).
91. Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Lohr KN. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Ann Intern Med*. 2006;145(11):845-56.
92. Rigotti N, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. (Cochrane Review). In: Cochrane Library. Issue 1, 2009.

10) Anexos

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1-Informação

O hábito de fumar (tabagismo) é a principal causa evitável de morte em todo mundo. A expectativa de vida de um indivíduo que fuma é 25% menor que a de um não fumante. Parar de fumar em qualquer idade reduz as doenças e a mortalidade dos tabagistas.

Os objetivos desta pesquisa são:

- Investigar os fatores motivacionais que contribuíram para a adesão e para a não adesão e para o sucesso e insucesso no tratamento de tabagistas em um ambulatório especializado.
- Correlacionar a adesão e o sucesso com variáveis sócio-demográficas e clínicas.

2-Certificado de Consentimento

Li a informação anterior ou esta foi lida para mim. Tive a oportunidade de fazer perguntas e fiquei satisfeito com as respostas. Fui informado que a entrevista é confidencial. A informação dada será codificada e tratada da mesma maneira que um registro médico. Sei que não receberei nenhuma recompensa financeira ou outra gratificação por minha participação no estudo. Aceitei o convite para participar voluntariamente do estudo e compreendi que tenho direito de não participar e de não responder perguntas que me forem delicadas e que em nenhum momento isto afetará meu tratamento atual ou futuro na Unicamp. Será entregue uma cópia desse termo para o participante.

Para contato com o pesquisador responsável (Rejane F. Fernandes): tel: (19) 92096523.

Esta pesquisa recebeu o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da FCM UNICAMP cujo endereço postal é prédio da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Caixa Postal 6111, Campinas, SP, cep 13081-970. Tel.: 35218936 e e-mail: cep@head.fcm.unicamp.br.

Nome do participante : _____ RG : _____

Endereço: _____

Data: ___/___/___

Assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador responsável
Rejane Firmino Fernandes

Anexo 2

Questionário de descrição do entrevistado

Entrevista N° _____ Telefone: _____ Data: ____ / ____ / ____
 Início: _____ : _____ h. Término: _____ : _____ h. Duração em min.: _____

- Dados de Identificação do Entrevistado:

- 1) Iniciais: _____
- 2) Sexo: ()Feminino ()Masculino 3) Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ 4)Idade: _____ anos.
- 5) Situação profissional: () trabalhando atualmente
 () aposentado. Por quê? ()tempo de serviço () doença
 () afastado. Por quê? _____
- 6) Profissão: _____ 7) Atividade: _____
- 8)Escolaridade: _____
- 9) Procedência: _____
- 10) Estado civil: () solteiro(a) () viúvo(a) () separado(a)/divorciado(a)
 () casado(a) () vive junto/em união
- 11) Quantos filhos tem/Qual a idade: _____
- 12) Com quem mora: _____
- 13) Atividades de lazer: _____
- 14) Religião (denominação) / Religiosidades (prática): _____
- 15)Você possui alguma doença física? ()Não ()Sim. Qual? _____
- 16) Você possui alguma doença mental? () Não () Sim. Qual? _____
- 17) Você usa álcool? () Sim () Não (questão 19)
- 18) Se sim, qual a frequência de consumo? () diário () quinzenal
 () semanal () mensal
- 19) Qual(is) as seguintes substâncias psicoativas você já usou?
 () maconha () cola de sapateiro () outras: _____
 () cocaína () crack () nenhuma
- 20)Quando foi a última vez que você consumiu a substância acima mencionada?

- 21) Alguém o incentivou a tomar a decisão de parar?
 () não () sim Se sim, quem? _____
- 22) Forma de chegada ao serviço:
 () procura espontânea () encaminhamento médico. Especialidade: _____
 () outros profissionais da saúde () informal () outros: _____

Anexo 3**Teste de Dependência de Fagerström**

- 1) Quanto tempo após acordar você fuma a 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 locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca, etc.)?
- Sim (1)
 - Não (0)
- 3) Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?
- O primeiro da manhã (1)
 - Outros (0)
- 4) Quantos cigarros você fuma por dia?
- 10 ou menos (0)
 - 11 a 20 (1)
 - 21 a 30 (2)
 - 31 ou mais (3)
- 5) Você fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?
- Sim (1)
 - Não (0)
- 6) Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
- Sim (1)
 - Não (0)

Total: _____

Anexo 4

Teste URICA

Cada frase abaixo descreve como uma pessoa pode se sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor indique o quanto você concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça uma escolha em termos do que você está sentindo agora, e não o que você sentiu no passado ou gostaria de sentir. Para todas as frases que se referem ao seu problema, pense no seu consumo de cigarros. Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve sua opinião:

	Discorda Totalmente	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Totalmente
1- No meu ponto de vista eu não tenho nenhum problema que precise de mudança.	1	2	3	4	5
2- Eu acho que posso estar pronto para alguma melhora pessoal.	1	2	3	4	5
3- Eu estou fazendo algo sobre meus problemas que estão me incomodando.	1	2	3	4	5
4- Vale a pena tentar trabalhar o meu problema.	1	2	3	4	5
5- Não sou eu quem tem um problema. Não faz muito sentido para mim estar aqui.	1	2	3	4	5
6- Você está preocupado em voltar a ter o problema que pensou que já tinha resolvido? () Não (coloque a resposta discordo muito – vá para Q-7 () Sim Por isso estou aqui para buscar ajuda.	1	2	3	4	5
7- Eu estou finalmente tomando providências para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
8- Eu tenho pensado que posso tentar mudar alguma coisa sobre mim mesmo. () Não – coloque a resposta discordo muito e vá para Q-10. () Sim – mas não tenho certeza que eu posso manter este esforço sozinho.	1	2	3	4	5
9- Você tem tido sucesso em resolver seu problema?	1	2	3	4	5
10- Às vezes meu problema é difícil, mas estou tentando resolvê-lo.	1	2	3	4	5
11- Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	1	2	3	4	5
12- Eu espero que este lugar venha ajudar a me entender.	1	2	3	4	5
13- Eu suponho ter defeitos, mas não há nada que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
14- Eu realmente estou me esforçando muito para mudar.	1	2	3	4	5
15- Eu realmente tenho um problema e acho que deveria tentar resolvê-lo.	1	2	3	4	5
16- você conseguiu mudar algo em relação ao seu problema? () Não coloque a resposta discordo muito – Vá para Q-17 () Sim – Mas não estou conseguindo dar continuidade ao que esperava ou que já tinha mudado e, estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3	4	5
17- Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou me esforçando para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
18- Eu pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele.	1	2	3	4	5
19- Eu espero ter mais idéias de como resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
20- Você começou tentar resolver seu problema? () Não – Coloque a resposta Discordo muito – Vá para Q-21 () Sim – Mas gostaria de receber ajuda.	1	2	3	4	5
21- Talvez esse lugar possa me ajudar.	1	2	3	4	5
22- Você fez alguma mudança em relação a seu problema? () não – coloque a resposta discordo muito – vá para Q 23 () sim – mas eu posso precisar de um estímulo agora.	1	2	3	4	5
23- É possível que eu seja parte do problema, mas acho que não sou.	1	2	3	4	5
24- Eu espero que alguém aqui possa me dar boas orientações.	1	2	3	4	5
25- Qualquer um pode falar sobre mudanças mas eu estou realmente fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
26- Toda essa conversa sobre psicologia é chata. Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer seus problemas?	1	2	3	4	5
27- Eu estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3	4	5
28- É frustrante, mas eu acho que posso estar tendo uma recaída.	1	2	3	4	5
29- Eu tenho preocupações como todo mundo. Por que perder tempo pensando nelas?	1	2	3	4	5
30- Eu estou tentando ativamente resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
31- Eu preferia conviver com meus defeitos do que tentar mudá-los.	1	2	3	4	5
32- Depois de tudo o que fiz para mudar meu problema, às vezes ele volta a me perseguir.	1	2	3	4	5

Anexo 5**- Questionário sobre fatores motivacionais para a cessação**

- Dados sobre o histórico pessoal da dependência do tabaco:

1) Com que idade você começou a fumar? _____

2) Como você começou a fumar?

3) Por que você começou a fumar?

4) Há outras pessoas que moram com você que fumam? Quem?

- Dados atuais sobre a dependência tabágica:

5) Por que o seu hábito de fumar começou a incomodá-lo?

6) Quando e por que decidiu procurar tratamento para parar de fumar?

7) Você já sofreu algum constrangimento por fumar?

8) Você já teve algum problema de saúde tabaco dependente? Quais?

9) É a sua primeira tentativa para parar de fumar? () Sim (questão 10) () Não

10) Quantas tentativas já fez? _____

11) Quando foi sua última tentativa? Quanto tempo ela durou?

12) Nessa última tentativa você recebeu algum tipo de auxílio (como uso de remédios, piteiras, participação em grupos de apoio)? Qual?

13) Qual foi a reação da sua família diante de sua decisão?

14) O que o motivou a tomar a decisão de parar de fumar?

Anexo 6
ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Por Favor, leia todas as frases, Marque com um "X" a resposta que melhor corresponde a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.

A EU ME SINTO TENSO OU CONTRAÍDO

- 3 () A maior parte do tempo
 2 () Boa parte do tempo
 1 () De vez em quando
 0 () Nunca

D EU AINDA SINTO GOSTO (SATISFAÇÃO) PELAS MESMAS COISAS DE QUE COSTUMAVA GOSTAR

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
 1 () Não tanto quanto antes
 2 () Só um pouco
 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A EU SINTO UMA ESPÉCIE DE MEDO, COMO SE ALGUMA COISA RUIM FOSSE ACONTECER

- 3 () Sim, De um jeito muito forte
 2 () Sim, mas não tão forte
 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
 0 () Não sinto nada disso

D DOU RISADA E ME DIVIRTO QUANDO VEJO COISAS ENGRAÇADAS

- 0 () Do mesmo jeito que antes
 1 () Atualmente um pouco menos
 2 () Atualmente bem menos
 3 () Não consigo mais

A ESTOU COM A CABEÇA CHEIA DE PREOCUPAÇÕES

- 3 () A maior parte do tempo
 2 () Boa parte do tempo
 1 () De vez em quando
 0 () Nunca

D EU ME SINTO ALEGRE

- 3 () Nunca
 2 () Poucas vezes
 1 () Muitas vezes
 0 () A maior parte do tempo

A CONSIGO FICAR SENTADO A VONTADE E ME SENTIR RELAXADO

- 0 () Sim, quase sempre
 1 () Muitas vezes
 2 () Poucas vezes
 3 () Nunca

D ESTOU LENTO (LERDO) PARA PENSAR E FAZER AS COISAS

- 3 () Quase sempre
 2 () Muitas vezes

- 1 () De vez em quando
0 () Nunca

A TENHO UM SENSACÃO RUIM DE MEDO (COMO UM FRIO NA ESPINHA, OU UM APERTO NO ESTOMAGO)

- 0 () Nunca
1 () De vez em quando
2 () Muitas vezes
3 () Quase sempre

D EU PERDI O INTERESSE EM CUIDAR DA MINHA APARÊNCIA

- 3 () Completamente
2 () Não estou mais me cuidando como deveria
1 () Talvez não tanto quanto antes
0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A EU ME SINTO INQUIETO, COMO SE EU NÃO PUDESSE FICAR PARADO EM LUGAR NENHUM

- 3 () Sim, demais
1 () Bastante
2 () Um pouco
3 () Não me sinto assim

D FICO ESPERANDO ANIMADO AS COISAS BOAS QUE ESTÃO POR VIR

- 0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Um pouco menos do que antes
2 () Bem menos do que antes
3 () Quase nunca

A DE REPENTE, TENHO A SENSACÃO DE ENTRAR EM PÂNICO

- 3 () A quase todo momento
2 () Várias vezes
1 () De vez em quando
0 () Não sinto isso

D CONSIGO SENTIR PRAZER EM ASSISTIR UM BOM PROGRAMA DE TV, DE RÁDIO, OU QUANDO LEIO ALGUMA COISA

- 3 () Quase sempre
2 () Várias vezes
1 () Poucas vezes
0 () Quase Nunca

HAD-A = _____

HAD-D = _____

Anexo 7
AUDIT

1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

- (0) nenhuma
- (1) uma ou menos de uma vez por mês
- (2) 2 a 4 vezes por mês
- (3) 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

- (0) nenhuma
- (1) 1 a 2
- (2) 3 a 4
- (3) 5 a 6
- (4) 7 a 9

3. Qual a frequência com que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?

- (0) Nunca
- (1) menos que mensalmente
- (2) mensalmente
- (3) semanalmente
- (4) diariamente ou quase diariamente

4. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você percebeu que não conseguia parar de beber, depois de ter começado?

- (0) Nunca
- (1) menos que mensalmente
- (2) mensalmente
- (3) semanalmente
- (4) diariamente ou quase diariamente

5. Quantas vezes, durante o ano passado, você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebida alcoólica?

- (0) Nunca
- (1) menos que mensalmente
- (2) mensalmente
- (3) semanalmente
- (4) diariamente ou quase diariamente

6. Quantas vezes, durante os últimos 12 meses, você precisou de uma primeira dose pela manhã, para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

- (0) Nunca
- (1) menos que mensalmente
- (2) mensalmente
- (3) semanalmente
- (4) diariamente ou quase diariamente

7. Quantas vezes, durante o ano passado, você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

- (0) Nunca
- (1) menos que mensalmente
- (2) mensalmente
- (3) semanalmente
- (4) diariamente ou quase diariamente

8. Quantas vezes, durante o ano passado, você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior, porque você estava bêbado/

- (0) Nunca
- (1) menos que mensalmente
- (2) mensalmente
- (3) semanalmente
- (4) diariamente ou quase diariamente

9. Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?

- (0) Nunca
- (1) menos que mensalmente
- (2) mensalmente
- (3) semanalmente
- (4) diariamente ou quase diariamente

10. Algum parente, amigo, médico, ou qualquer outro profissional da área de saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

- (0) Nunca
- (1) menos que mensalmente
- (2) mensalmente
- (3) semanalmente
- (4) diariamente ou quase diariamente

Total: _____

Anexo 8**CAGE**

1. Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	NÃO	SIM
2. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?		
3. O(a) senhor(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?		
4. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?		

Total: _____

Anexo 9

FICHA DE SEGUIMENTO

1. Entrevista nº _____ Iniciais _____ HC _____

2. Data	2.1 – 4ª semana	2.2 - 8ª semana	2.3 – 12ª semana	2.4 – 24ª semana
3. Forma de contato				

4. Participou do Grupo Motivacional? () sim () não

4ª semana	8ª semana	12ª semana	24ª semana

5. Quantas vezes?

4ª semana	8ª semana	12ª semana	24ª semana

6. Participou do Grupo Terapêutico?

4ª semana	8ª semana	12ª semana	24ª semana

7. Quantas vezes?

4ª semana	8ª semana	12ª semana	24ª semana

8. Quais os fatores que motivaram você a continuar no tratamento?

4ª semana	8ª semana	12ª semana	24ª semana

9. Quais os principais motivos que levaram você a não aderir ao tratamento?

4ª semana	8ª semana	12ª semana	24ª semana

10. Quanto ao tabagismo: 9.1 parou de fumar 9.1.1 após quantas semanas? 9.2 não parou 9.3 reduziu 9.3.1 quanto? 9.4 parou, mas já voltou 9.5 aumentou o número de cigarros 9.5.1 quanto? 9.6 outro _____

4ª semana	8ª semana	12ª semana	24ª semana