

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

Maria Suélita de Lima

**ESTUDO DA CORRELAÇÃO ENTRE O GRAU DE ANSIEDADE E  
DEPRESSÃO E A MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO DO  
TABAGISMO**

Brasília  
2012

Maria Suélita de Lima

**ESTUDO DA CORRELAÇÃO ENTRE O GRAU DE DEPRESSÃO E  
ANSIEDADE E A MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO DO  
TABAGISMO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências Aplicadas à Saúde, linha de pesquisa, aspectos clínico-epidemiológico das doenças crônicas degenerativas.

Orientador Prof. Dr. Carlos Alberto de Assis Viegas

Brasília  
2012

Ficha Catalográfica

---

Lima, Maria Suélita de.

Estudo da correlação entre o grau de ansiedade e depressão e a motivação para a cessação do tabagismo /  
Maria Suélia de Lima. – 2012.

72 f. : il.

Dissertação (mestrado) –Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, 2012.

“Orientação: Prof. Dr. Carlos Alberto de Assis Viegas, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília.”

1. Tabagismo. 2. Parar de fumar. 3. Depressão. 4. Ansiedade. I. Título.

CDU 613.84

---

Maria Suélita de Lima

**ESTUDO DA CORRELAÇÃO ENTRE O GRAU DE ANSIEDADE E  
DEPRESSÃO E A MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO DO  
TABAGISMO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências Aplicadas à Saúde, linha de pesquisa, aspectos clínico-epidemiológico das doenças crônicas degenerativas.

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA EM  
27/03/2012

---

Prof. Dr. Carlos Alberto de Assis Viegas – Presidente  
Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília

---

Prof. Dr. Alberto José de Araújo – Membro  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Dr<sup>a</sup> Maria das Graças de Oliveira – Membro  
Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília(UnB)

---

Dr. Carlos Eduardo Ventura Gaio dos Santos  
Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília

Dedico este trabalho a todos os assistentes sociais, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, dentistas, nutricionistas, psicólogos, auxiliares, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que realizam atendimento a fumantes nos Centros de Referência do Distrito Federal. Sem a competência e a dedicação de todos vocês, este trabalho não teria sido possível.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, sem o qual minha existência não seria possível e a quem credito todas as minhas conquistas e realizações.

Um agradecimento especial para a maior incentivadora deste projeto: Dona Odete. Sua força foi fundamental para a realização deste trabalho, sem contar que, sem você, eu nem faria parte deste mundo. Mãe, para você toda gratidão é pouca.

Ao meu pai que, enquanto esteve entre nós, sempre apoiou e incentivou todos os meus projetos e, onde quer que esteja, tenho certeza de que está orgulhoso por mais esta conquista.

Agradeço o apoio do meu grande companheiro Washington, sua presença me torna uma pessoa melhor e a travessia da vida fica mais leve com você ao meu lado.

A todos os meus amigos, os que incentivaram e também aquele que, inconformados com a minha ausência, perguntaram: “por que você esta fazendo isto?”.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio e por participarem ativamente deste processo, com críticas sugestões e elogios. Esta conquista também é de todos vocês.

Aos meus dois grandes mestres: Dr. Celso e Dr. Viegas. Conhecer vocês fez toda diferença em minha vida profissional. É um privilégio tê-los por perto e, estejam certos, vocês colaboram todos os dias para que a vida de muitas pessoas seja cada vez melhor.

À toda minha família: irmãos, sobrinhos, tios, avós, sogra, cunhados (as). De uma forma ou de outra todos vocês participaram desta jornada e cada um, a seu modo, me ajudou a vencer mais este desafio.

Aos meus professores e colegas do curso de Mestrado, pela contribuição, incentivo e, principalmente, pela oportunidade de poder compartilhar conhecimentos, dúvidas, angústias e alegrias na realização deste percurso.

## RESUMO

**Introdução:** A relação entre sintomas de ansiedade, depressão, grau de motivação e cessação do tabagismo é de importância científica e clínica considerável por interferir no sucesso do tratamento. **Objetivo:** Relacionar o grau de ansiedade e depressão com a motivação para deixar de fumar. **Método:** Estudo transversal, envolvendo 1.233 fumantes atendidos em 20 Centros de Referência para tratamento do tabagismo. Instrumentos utilizados: *Hospital Anxiety and Depression Scale*, teste de motivação de Richmond e ficha Clínica com dados sócio-demográficos. Para análise dos dados foi utilizado, quando pertinente, teste t de Student e qui-quadrado. **Resultados:** A motivação foi elevada em 50% dos pacientes, a ansiedade provável em 34% e 22% apresentaram depressão provável. A motivação para deixar de fumar foi relacionada com gênero, convivência com fumantes e as tentativas em parar de fumar ( $p < 0,05$ ). A abstinência foi de 59% na quarta sessão de tratamento e se relacionou significativamente com a idade (pacientes com menos de 30 anos) e com a carga tabágica (consumo menor que 30 maço-ano). A abstinência após seis meses foi de 27% e se relacionou de forma significativa com menor grau de dependência, menores níveis de ansiedade e depressão e a convivência com fumantes ( $p < 0,05$ ). A motivação elevada influenciou significativamente para a cessação na quarta sessão e após seis meses ( $p < 0,05$ ). **Conclusão:** O nível de ansiedade e depressão não interferiu na motivação dos pacientes para a busca do tratamento do tabagismo, mas interferiu significativamente na manutenção da abstinência após seis meses do tratamento.

**Palavras chaves:** cessação tabágica, ansiedade, depressão, motivação.

## ABSTRACT

**Introduction:** The relationship among the symptoms of anxiety, depression, motivation level and smoking cessation is of considerable clinical and scientific importance to influence in the success of the treatment. **Objective:** To relate the level of anxiety and depression with the motivation to stop smoking. **Methodology:** Cross-sectional study involving 1,233 smokers attended in 20 Centres of Reference for Smoking Cessation. Instruments used: *Hospital Anxiety and Depression Scale*, Richmond Clinic motivation test and forms containing socio-demographic data. For data analysis, it was used, where appropriate, Student's t test and chi-square. **Results:** The motivation was high among 50% of the patients, average of 34% and 22% had the probability of depression. The motivation to stop smoking was related to gender, living with a smoker and how many attempts to quit smoking ( $p < 0.05$ ). Abstinence was of 59% in the fourth session of treatment, and related significantly to age (patients under 30 years of age) and the level of smoking (consumption of less than 30 packs per year). Abstinence after six months was 27% and was associated significantly with lower levels of dependence, lower levels of anxiety and depression and living with smokers ( $p < 0.05$ ). The high level of motivation influenced significantly cessation in the fourth session and after six months. ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The level of anxiety and depression did not affect the motivation of patients seeking treatment for smoking, but interfered significantly in maintaining abstinence after six months of treatment,

**Keywords:** smoking cessation, anxiety, depression, motivation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes estudados por gênero e motivação para deixar de fumar.....	30
Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes estudados em relação à convivência com fumantes e à motivação.....	31
Gráfico 3 – Distribuição de pacientes por tentativas para parar de fumar em relação à motivação.....	32
Gráfico 4 – Distribuição de pacientes em relação ao nível de ansiedade e depressão.....	33

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes estudados segundo as variáveis sociodemográficas..	26
Tabela 2 – Distribuição dos pacientes estudados segundo as variáveis relacionadas à história tabágica, convivência com fumantes e presença de doenças crônicas.....	27
Tabela 3 – Distribuição dos pacientes estudados segundo as variáveis relacionadas à abstinência do tabagismo.....	29
Tabela 4 – Relação entre gênero e motivação para deixar de fumar.....	30
Tabela 5 – Relação entre o grau de motivação e a convivência com fumantes.....	31
Tabela 6 – Relação entre as tentativas prévias de parar de fumar e o grau de motivação.....	32
Tabela 7 – Relação entre o nível de ansiedade e depressão.....	33
Tabela 8 – Distribuição dos pacientes estudados segundo a abstinência na 4ª sessão e as variáveis do estudo.....	35
Tabela 9 – Distribuição dos pacientes segundo a abstinência após 6 meses e as variáveis do estudo.....	37

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
PNCT	Programa Nacional de Controle de Tabagismo
CQCT	Convenção Quadro para Controle do Tabaco
OMS	Organização Mundial de Saúde
GABA	Ácido gama-aminobutirico
SUS	Sistema Único de Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
SES/DF	Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal
CEP/SES	Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Estado e Saúde
CNS/MS	Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HADS-A	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety</i>
HADS-D	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale - Depression</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SM	Salário Mínimo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
Política Nacional de Controle de Tabagismo .....	11
Dependência da Nicotina.....	12
Tratamento do Tabagismo .....	14
Fatores que Interferem no Tratamento do Tabagismo.....	16
Comorbidades Psiquiátricas e Tabagismo .....	16
Motivação na Cessação do Tabagismo.....	18
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
Objetivo Geral .....	22
Objetivos Específicos .....	22
<b>MÉTODOS.....</b>	<b>23</b>
Locais da Coleta dos Dados.....	23
Instrumentos .....	24
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>26</b>
Relação entre a Motivação e as Variáveis do Estudo .....	29
Abstinência na Quarta Sessão e Após Seis Meses em Relação às Variáveis do Estudo .	34
Contato Telefônico Após Seis Meses .....	38
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>41</b>
Aspectos Motivacionais.....	42
Depressão e Ansiedade .....	45
Fatores que Influenciam na Abstinência.....	47
Limitações do Estudo .....	50
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>57</b>
ANEXO A – Protocolo de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa .....	57
ANEXO B – Testes de Fagerstrom, teste de Richmond, Escala de Ansiedade e Depressão.....	58
ANEXO C – Ficha Clínica do Ambulatório de Tabagismo .....	60
ANEXO D – Ficha clínica do Ambulatório de Tabagismo (atual padronizada).....	61
ANEXO E – Artigo Publicado na Revista Brasileira de Cancerologia v.57 n.3 2011 ....	65

## **INTRODUÇÃO**

Estima-se que o uso de tabaco seja responsável por mais de cinco milhões de mortes anualmente no mundo e que, se as tendências atuais persistirem, este número possa superar oito milhões de mortes anuais até 2030<sup>1</sup>. Devido a isso, há uma vasta literatura associando o tabagismo à mortalidade por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, bexiga, rim, colo de útero e leucemia mielóide aguda), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença coronariana, hipertensão arterial e acidente vascular encefálico. Além disso, a exposição passiva à fumaça de tabaco, em adultos, pode causar efeitos adversos no sistema cardiovascular e câncer de pulmão, dentre outras enfermidades<sup>2,3</sup>.

Apesar de bastante reconhecidos os efeitos nocivos do uso de tabaco e do tabagismo ser considerado a primeira causa evitável de morte no mundo, estima-se que existam mais de 1,5 bilhões de fumantes no mundo<sup>1</sup>. No Brasil, segundo dados do IBGE, em 2008 o percentual de fumantes foi de 17,5% entre pessoas de 15 anos ou mais, o que correspondia ao contingente de cerca de 25 milhões de pessoas. No Distrito Federal, o percentual de fumantes encontrado foi de 16,5%, o equivalente a 430.136 pessoas<sup>4</sup>.

### **Política Nacional de Controle de Tabagismo**

Com os avanços das políticas de controle de tabagismo no Brasil, coordenadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), verificou-se queda na prevalência de fumantes entre os anos de 1989 a 2008 na ordem de 53,75%. O INCA se destaca pelo seu papel na luta pela redução das morbimortalidades associadas ao tabagismo e pelo desenvolvimento de forma coordenada de um conjunto de atividades abordando vários aspectos do controle do tabaco. Vale lembrar que a redução das morbimortalidades geralmente ocorre após 20-30 anos do início dos programas de controle e cessação do tabagismo.

Um dos mais importantes avanços conquistados nas ações nacionais de controle do tabagismo foi a transformação do Programa Nacional de Controle de Tabagismo (PNCT), que era restrito à área de saúde, em uma Política de Estado de caráter intersetorial, que tem como eixo comum o cumprimento das determinações estabelecidas no primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade, a Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT)<sup>5</sup>.

A CQCT é o primeiro tratado internacional de saúde pública negociado sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS) ratificada para 174 países. Nela, está articulado importante grupo de ações multissetoriais e transfronteiriças para responder à internacionalização da epidemia do tabagismo. Seus principais objetivos são:

Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco<sup>5</sup>.

Os princípios norteadores da CQCT, expressam o direito das pessoas à informação sobre a gravidade dos riscos do tabagismo, o direito de proteção através de medidas legislativas, executivas, administrativas e outras para prevenir a iniciação, promover e apoiar a cessação de fumar, além de proteger pessoas de exposição à fumaça ambiental do tabaco<sup>5</sup>.

De forma geral, as medidas centrais estabelecidas pela CQCT têm dois enfoques: a redução da demanda e da oferta de produtos derivados do tabaco.

Mesmo com todos os avanços em relação às políticas de controle de tabagismo no Brasil, ainda estamos diante de um grave problema de saúde pública. O tabagismo é uma epidemia construída por um comércio alimentado por várias estratégias para aumentar o consumo dos produtos do tabaco, tais como: propaganda e promoção; baixo preço do produto; facilitação do acesso aos produtos; mercado ilegal (contrabando e facilitação) e o *lobby* econômico e político. A globalização destas estratégias faz com que o consumo de tabaco continue a crescer em todo o mundo, sobretudo em países de baixa renda. A cada dia, 100.000 jovens começam a fumar e 80% deles vivem em países pobres<sup>6</sup>.

## **Dependência da Nicotina**

A nicotina causa dependência química similar à dependência de drogas como a heroína e a cocaína<sup>6</sup>. Ela é amplamente reconhecida como tendo grande capacidade de causar dependência e, como outras substâncias aditivas, possui propriedades que desencadeiam sensações prazerosas, refletidas na procura compulsiva pela droga e no aparecimento da síndrome de abstinência, após a suspensão do seu uso<sup>7</sup>. Por se tratar de uma droga psicoativa, é capaz de induzir euforia e sensação de bem-estar. Este efeito

depende tanto do seu nível de absorção no sistema nervoso central, como do brusco aumento de sua concentração em receptores colinérgicos nicotínicos cerebrais, após sua inalação. A ativação do receptor nicotínico facilita a liberação de vários neurotransmissores, incluindo a dopamina, acetilcolina, noradrenalina, serotonina, betaendorfina e ácido gama-aminobutírico (GABA)<sup>8</sup>. A dopamina, agindo pela via dopaminérgica mesolímbica, está envolvida no reforço dos efeitos comportamentais do uso da nicotina. A exposição crônica ou repetida à nicotina resulta na sensibilização dos seus receptores sobre a liberação de dopamina<sup>9</sup>. São atingidos inclusive os neurônios dopaminérgicos dos centros como tálamo, hipotálamo, hipocampo, *núcleo acumbens* e córtex cerebral<sup>10</sup>. A dependência da nicotina está diretamente relacionada com alterações neurobiológicas cerebrais continuadas no sistema mesolímbico dopaminérgico. Assim como os opiáceos, cocaína, anfetaminas, maconha, cafeína e álcool, a nicotina estimula o aumento da dopamina no *núcleo acumbens*<sup>9</sup>.

Embora a nicotina seja uma droga psicoestimulante, os fumantes podem sentir efeitos relaxantes e diminuição da tensão, bem como leve euforia e aumento da vivacidade, da concentração e da função cognitiva. Não está claro se o bem-estar causado pelo tabaco (melhora do desempenho e o humor) é causado por efeitos intrínsecos da nicotina ou pelo alívio dos sintomas de abstinência<sup>8</sup>.

A síndrome de abstinência geralmente é caracterizada por procura compulsiva da droga e sinais e sintomas como: depressão, ansiedade, dificuldade de concentração, disforia, aumento do apetite, insônia, irritabilidade, frustração raiva, agitação e diminuição da frequência cardíaca<sup>11</sup>. Estes sintomas da síndrome de abstinência, que podem aparecer com a redução de menos de 50% da carga tabágica diária, tendem a surgir cerca de 8 horas após o último cigarro, atingem seu auge em 3 ou 4 dias<sup>11</sup>.

Além da dependência física, o ato de fumar promove dependência comportamental. Fumar é um comportamento reforçado. Um fumante traga cerca de 10 vezes cada vez que fuma um cigarro. Cada tragada libera nicotina no cérebro reforçando o comportamento de repetir o consumo. Ao longo de 30 anos, isto terá acontecido mais de um milhão de vezes a um fumante que consuma 20 cigarros por dia. Pouquíssimos comportamentos são repetidos tantas vezes. Outra consequência do tabagismo é o aprendizado de associações entre o consumo de cigarro e diversos estímulos externos e internos. Ao final de alguns anos, a enorme frequência com que os cigarros são usados acaba por propiciar que tal uso seja associado a inúmeras situações do dia-a-dia. Assim, todos os fumantes relatam fumar

depois das principais refeições, quando estão tensos, quando precisam trabalhar sobre pressão, entre outras situações. Essas situações podem desencadear a vontade de fumar quando o uso de cigarros é interrompido<sup>12</sup>.

Outra parte importante no mecanismo da dependência da nicotina é o componente psicológico da dependência, que se caracteriza pela necessidade de utilizar o cigarro com o intuito de aliviar tensões como angústia, ansiedade, tristeza, medo, estresse ou até mesmo em momentos de depressão. Dessa forma, o cigarro passa a preencher um espaço que se encontra vazio, sendo muitas vezes encarado como um companheiro em momentos de solidão. É como se o fumante vivesse uma relação de amizade e companheirismo com o cigarro. Nesses casos, parar de fumar significa uma separação de algo que se gosta muito, que dá muito prazer<sup>13</sup>.

De uma forma geral, existe um certo desequilíbrio entre as obrigações e as gratificações vivenciadas no dia-a-dia da maioria das pessoas. Esse desequilíbrio por vezes faz com que muitos se apoiem no uso, e muitas vezes no abuso, de substâncias nocivas à saúde, tais como o tabaco, o álcool e outras drogas, na tentativa de obter gratificação imediata. Dessa forma, este uso passa a ser uma importante estratégia de enfrentamento do estresse causado pelas dificuldades cotidianas e isso torna ainda mais difícil o processo de abandono do uso destas substâncias, em especial o cigarro que ainda é bem aceito socialmente.

## **Tratamento do Tabagismo**

A dependência do tabaco é uma doença crônica recorrente e que com frequência requer repetidas intervenções para sua cessação. Existem tratamentos efetivos que podem aumentar significativamente o índice de abstinência a longo prazo<sup>14</sup>.

A partir do ano de 2005, o tratamento formal para a cessação do tabagismo passou a ser implantado em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma planejada e monitorada. Esse processo colaborou para a formação de uma massa crítica de profissionais de saúde agora sensibilizados para a questão da dependência de nicotina e para a necessidade de investigar o status de fumantes dos pacientes, nas suas rotinas de atendimento e oferecer apoio para a cessação de fumar<sup>5</sup>.

Com a inserção do tratamento do tabagismo no SUS, várias portarias Ministeriais foram publicadas, tais como:

- Portarias GM/MS nº 1035/04 e SAS/MS/nº 442 de 13 de agosto de 2004, que definem que o tratamento do tabagismo deve ser realizado através da abordagem cognitivo-comportamental obrigatória e apoio medicamentoso quando indicado e poderá ser realizado por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS, de qualquer nível hierárquico, segundo critérios do gestor municipal, desde que preencha os critérios de credenciamento definidos pelo Plano de Implantação.
- Portaria nº 1.105/GM de 5 de julho de 2005, reiterada pela portaria nº 2084 de outubro do mesmo ano, incorporara os medicamentos utilizados no apoio à abordagem cognitivo-comportamental do fumante no componente estratégico do elenco de medicamentos para atenção básica, passo fundamental no processo de consolidação da atenção ao fumante no SUS.

O tratamento realizado nas Unidades de Saúde do SUS segue as orientações do Consenso para Abordagem e Tratamento do Fumante, elaborado em 2001 sob a coordenação do Instituto Nacional do Câncer em parceria com diversas Sociedades de Especialidades Médicas e Conselhos de Profissionais de Saúde.

No Distrito Federal, o atendimento é realizado em ambulatórios específicos nos Centros de Referências, que funcionam em todas as Cidades Satélites, localizados em Centros de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) e Hospitais.

O tratamento é realizado em grupo, com abordagem cognitivo-comportamental que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Em essência, esse tipo de abordagem envolve o estímulo para o autocontrole e automanejo, para que o indivíduo possa escapar do ciclo vicioso da dependência e tornar-se assim um agente de mudança do seu próprio comportamento.

As sessões de grupo são conduzidas por dois profissionais de nível superior, que foram previamente capacitados para esse tipo de abordagem. As quatro sessões iniciais possuem roteiro estruturado e conteúdo com os seguintes objetivos: preparar os fumantes para a solução dos seus problemas; estimular habilidades de resistir à tentação de fumar; preparar para prevenir a recaída; preparar o fumante para lidar com o estresse. Estes conteúdos são apresentados e discutidos com os participantes que, ao final, recebem manuais contendo estas informações e sugestão de tarefas a serem realizadas no intervalo entre uma sessão e outra. Após as quatro sessões estruturadas, são realizadas sessões de

manutenção quinzenais, mensais e trimestrais, até completar um ano do início do tratamento. O conteúdo das sessões de manutenções é livre, mas tem como eixo principal manter a motivação dos participantes no sentido de permanecerem abstinente, além do treinamento de habilidades de enfrentamento de situações que possam levar à recaída. Todos os pacientes passam por avaliação médica e, quando indicado, recebem os medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, que são as reposições de nicotina na forma de adesivos nas apresentações 21mg, 14mg e 7 mg, goma de nicotina 2mg, pastilha de nicotina de 4mg e o cloridrato de bupropiona 150mg.

### **Fatores que Interferem no Tratamento do Tabagismo**

No que se refere ao tratamento, além da motivação, que é muito importante, o que se observa é que outros fatores interferem nesse processo. São os considerados fatores dificultadores, dentre eles estão: grau de dependência, síndrome de abstinência, ganho de peso, uso do álcool, baixa motivação e presença de comorbidades psiquiátricas.

Destacaremos a motivação, ansiedade e depressão por ser o foco deste trabalho.

### **Comorbidades Psiquiátricas e Tabagismo**

A prevalência de tabagismo entre indivíduos com transtornos psiquiátricos e outras dependências é, em média, duas vezes maior do que a observada na população geral e, normalmente, esses indivíduos consomem grandes quantidades diárias de cigarros<sup>15,16</sup>.

Um trabalho sobre cessação de tabagismo, realizado em clínica de tratamento de dependência química e distúrbio psiquiátrico, mostrou que as taxas de cessação de fumar nessa população são modestas. Porém a oferta do tratamento para esse grupo de pacientes pode ser uma abordagem eficaz para reduzir a carga do uso do tabaco em ambientes para tratamento de saúde mental<sup>17</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Associação Americana de Psiquiatria já incluem a dependência da nicotina entre os transtornos psiquiátricos, e a literatura científica vem mostrando que a presença de comorbidades psiquiátricas é fator importante a ser considerado na avaliação do tabagista.

No que se refere à associação entre depressão e tabagismo, vários estudos têm sido realizados. As evidências mostram que os fumantes têm duas vezes mais

probabilidade de desenvolver depressão do que os não fumantes<sup>18</sup>. A prevalência de depressão é geralmente mais alta entre fumantes e o grau da dependência tem maior associação com depressão do que o fato de ser ou não fumante, isto é, a prevalência de depressão é maior entre os fumantes mais dependentes<sup>19</sup>.

Os fumantes com histórico de depressão correm maior risco de recaída durante o período de abstinência, em comparação aos fumantes sem o mesmo histórico<sup>19</sup>. Estudos mais recentes vêm mostrando que o início do tabagismo na adolescência pode aumentar as chances de desenvolver depressão, transtornos de ansiedade e pensamentos suicidas na vida adulta<sup>20</sup>.

Da mesma forma, algumas pesquisas vêm chamando a atenção para os efeitos da depressão sobre a suscetibilidade em adolescentes de tabagismo futuro, sugerindo que os trabalhos de prevenção do tabagismo contemplem adolescentes com sintomas depressivos atuais ou que possam estar em risco de depressão no futuro<sup>21</sup>.

Ainda no que se refere à relação entre depressão e tabagismo, chamamos a atenção para as questões de gênero. Um artigo publicado recentemente sobre sintomas depressivos e tabagismo em mulheres de meia idade e idosas aponta para o fato de que os esforços de pesquisa e intervenção com fumantes têm negligenciado as mulheres idosas e que os sintomas depressivos, que são mais comuns nas mulheres de meia-idade e mais velhas, estão relacionadas com a manutenção do tabagismo entre estas<sup>22</sup>.

Dentre as comorbidades psiquiátricas, os transtornos de ansiedade figuram como uma das enfermidades mais frequentes associadas ao tabagismo. Há hipóteses de que a natureza da relação entre tabagismo e ansiedade varia segundo o diagnóstico do distúrbio de ansiedade<sup>19,20</sup>.

Alguns estudos já foram realizados na tentativa de identificar associações específicas entre tabagismo e alguns transtornos de ansiedade tais como: transtorno de pânico com e sem agorafobia, fobia social e transtorno obsessivo compulsivo. A maior proporção de relato de tabagismo foi encontrada no grupo com transtorno de pânico. Nesse grupo, foi verificada ainda maior probabilidade de relato de consumo pesado de cigarros (consumo de mais do que 10 cigarros por dia) do que nos outros grupos e os fumantes tiveram maiores escores do que os não fumantes nas escalas que mediam depressão e ansiedade. As diferenças no grau de ansiedade entre fumantes e não fumantes foram significativas e sugeriram uma ligação específica do tabagismo com transtorno de pânico<sup>23,24</sup>.

Outro dado interessante é que a bibliografia sobre personalidade e tabagismo revela que traços como comportamento impulsivo e de alto risco, extroversão, comportamentos não convencionais e tendências anti-sociais estão relacionados ao consumo de tabaco e precedem a iniciação do hábito. Coincidentemente, muitos desses traços são raros em pacientes com transtorno obsessivo compulsivo (TOC), o que poderia explicar a baixa prevalência de tabagismo nesta população<sup>25,26</sup>.

Ainda em relação à ansiedade, vale lembrar que ela é difícil de ser conceituada devido à sua complexidade e variação. Por outro lado, todas as pessoas experimentam algum grau de ansiedade em diferentes situações de suas vidas. Alguns exemplos incluem mãos geladas em dias de prova, taquicardia e palidez diante de uma ameaça física. Respostas de ansiedade ocorrem em situações percebidas como estressantes e ameaçadoras ou potencialmente perigosas. A ansiedade é basicamente um conjunto de resposta de proteção, que prepara o organismo para atacar ou fugir de um perigo percebido, seja ele real ou não<sup>27</sup>.

Tabagistas com comorbidade psiquiátrica, detectáveis ou não no momento da consulta, apresentam maior risco de manifestação ou intensificação dos sintomas das comorbidades durante a abstinência de nicotina. Por exemplo, a síndrome de abstinência da nicotina pode se assemelhar ou até mesmo induzir um quadro depressivo. Esses pacientes estão mais propensos a ter maior dificuldade na cessação e manutenção da abstinência, além do fato de que são os que aderem menos ao tratamento. Estes necessitam de cuidados mais intensivos, inclusive de avaliação cuidadosa para utilização de farmacoterapia adequada para o controle da comorbidade. Um ponto importante a ser observado também é a possibilidade que existe de interação da nicotina com inúmeros medicamentos<sup>28</sup>.

Devido a isso, a avaliação clínica e o tratamento apropriado são essenciais para reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade associadas ao tabagismo nos pacientes com transtornos psiquiátricos. Dessa forma, os resultados no tratamento desses pacientes podem ser maximizados<sup>28</sup>.

## **Motivação na Cessação do Tabagismo**

A motivação foi descrita em 1982 por James Prochaska e Carlos DiClemente<sup>29</sup> como um estado interno, influenciado por fatores externos e oscilantes, de acordo com a situação e o momento. Segundo estes autores, existem diferentes estágios de motivação nos

quais os pacientes se enquadram quando no processo de interrupção das dependências químicas. De acordo com o estágio em que o paciente se encontra, é apropriado utilizar formas diferentes de abordagem. Entretanto, devemos salientar que estes estágios não são estáticos e que os pacientes podem ir de um a outro estágio sem uma sequência lógica. As características de cada estágio motivacional, descritas pelos autores acima, para o abandono da dependência química, são as seguintes:

**Pré-contemplação** – Nesse momento, o paciente não considera a possibilidade de mudança, pois não contempla ter um problema e busca tratamento somente sob coerção. Nessa fase, no caso específico do cigarro, os pacientes costumam remeter-se a histórias de fumantes bem-sucedidos, que viveram muitos anos e nunca tiveram problema algum de saúde. Também é comum, apesar de saber dos malefícios do tabagismo, construir crenças de que “Isso não vai acontecer logo comigo”... Nesse estágio, o profissional deve ater-se a dar informação.

**Contemplação ou ambivalência** - Nessa fase, o paciente considera a possibilidade de mudança e ao mesmo tempo a rejeita. Alterna rapidamente entre argumentos a favor de mudar e continuar do mesmo jeito sem se preocupar. Como sentir-se dividido faz parte do processo de mudança, a exploração intensa dessa divisão interna é o que propicia sair do estado de paralisia, essa fase é um momento propício para se utilizar todos os argumentos que incentivem os pacientes a deixar de fumar.

**Preparação para ação** - Nesse estágio, o paciente desenvolve a intenção clara de mudar de comportamento em um futuro próximo. Esse momento é como se fosse uma janela de oportunidade para a mudança. Nessa fase, a imagem de uma balança é bastante adequada. O paciente pode sentir muito mais razões para mudar do que para manter o comportamento, como, por exemplo, perceber que sem fumar pode ter mais qualidade de vida e será mais aceito socialmente. Não deve deixar de ter receio do aumento de sua ansiedade, mas precisa acreditar ter recursos para enfrentá-la.

**Ação** – Nessa fase, ocorre o engajamento em ações para a obtenção de mudança. O paciente toma a atitude que o leva a concretizar a mudança de comportamento.

**Manutenção** – Nesse estágio, o objetivo é a sustentação dos ganhos adquiridos e para isso o paciente necessita de habilidades diferentes das utilizadas para a obtenção da abstinência.

**Recaída** - Recair é voltar a um padrão rotineiro de consumo de cigarros ou qualquer produto que contenha nicotina, como charuto ou cachimbo. A recaída não deve ser encarada de forma paralisante ou desmoralizante. Ela é algo que faz parte do processo<sup>30</sup>.

Os conceitos de motivação e desses estágios motivacionais de Prochaska & Di Clemente têm sido indicados como referência para se adequar a melhor forma de abordagem dos fumantes que buscam tratamento para deixar de fumar. Vale lembrar que esses estágios são dinâmicos e que uma pessoa pode passar de um estágio a outro sem qualquer ordem.

Esses conceitos fazem parte do consenso de abordagem e tratamento de fumantes e do protocolo de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta tem sido a referência

dos profissionais de saúde para adequar as diferentes estratégias de intervenção durante o tratamento.

Ainda no que diz respeito à motivação, outra técnica que tem sido bastante utilizada no tratamento do tabagismo é a entrevista motivacional como intervenção breve. A entrevista motivacional é uma abordagem terapêutica que utiliza um modo particular de ajudar as pessoas a reconhecerem e fazerem algo a respeito de seus problemas presentes ou potenciais<sup>30</sup> e que se fundamenta no modelo transteórico de Prochaska & DiClemente. É uma importante ferramenta utilizada para trabalhar a ambivalência, presente na maioria dos comportamentos aditivos, de uma forma mais persuasiva do que coerciva. É ideal para trabalhar os pacientes que ainda estão em fase de pré-contemplação. A técnica é destinada a auxiliar as pessoas a identificar ou reconhecer as dificuldades pelas quais estão passando e chegar ao ponto de decidir fazer as mudanças necessárias.

O objetivo principal da entrevista motivacional é criar um clima positivo que viabilize a efetivação de mudanças. Ela enfatiza o surgimento da motivação intrínseca do paciente *versus* uma imposição externa. Sendo assim, e feita de forma adequada, a justificativa da necessidade para a mudança do comportamento passa a ser do paciente e não do profissional<sup>30</sup>.

Em síntese, as estratégias utilizadas numa entrevista motivacional visam rever os fatores pessoais relevantes sobre as consequências negativas do tabaco, as vantagens e desvantagens de parar de fumar e a eliminação dos obstáculos à cessação tabágica.

A importância da avaliação da motivação vem sendo objeto de vários estudos por ser um aspecto determinante para uma intervenção personalizada. Esta avaliação pode ser realizada de forma simples, através de pergunta direta (gostaria de parar de fumar?) ou complementada por escalas que quantifiquem a motivação. Reconhecer a dependência da nicotina e a motivação para cessação (maior ou menor) é importante para se definir a intervenção mais adequada. Se o paciente não manifesta vontade de parar, a intervenção será no sentido de reforçar a motivação para deixar de fumar<sup>31</sup>.

Um estudo qualitativo realizado com o objetivo de analisar fatores que contribuem para o sucesso no abandono do tabagismo apontou a motivação pessoal como um dos fatores mais importantes na cessação do tabagismo. Ela está interrelacionada com uma gama de variáveis hereditárias, psicológicas, fisiológicas e ambientais. Conseguir que o indivíduo comece a pensar em parar de fumar é um grande passo para que ele efetivamente deixe de fumar<sup>32</sup>.

Os resultados deste estudo evidenciam a motivação individual como um dos principais fatores para o abandono do tabaco. Por isso, acredita-se ser necessário desenvolver ações para motivar e apoiar a cessação do tabagismo, que é o melhor e mais barato meio de prevenção de várias doenças associadas ao tabaco visando à melhoria da qualidade de vida da população<sup>32</sup>.

Salientamos ainda que a motivação dos profissionais de saúde também é importante. Se o profissional de saúde não reconhece o tabagismo como uma dependência, portanto, uma doença, e não é capacitado para o seu tratamento, pode considerar que apenas a vontade de parar de fumar dos pacientes seja suficiente. Dessa forma, não irá abordar os pacientes de forma rotineira e adequada, buscando motivá-los, bem como apresentando as diversas alternativas comportamentais e medicamentosas de eficácia comprovada para a cessação do tabagismo.

A relação entre os sintomas de ansiedade, depressão, grau de motivação e o consumo de cigarros é de importância científica e clínica considerável, o que justifica a realização deste trabalho, salientamos ainda que embora a maior parte dos profissionais de saúde reconheça a associação entre problemas clínicos e o tabagismo, o mesmo não se repete quando se trata da associação entre a dependência de nicotina e as comorbidades psiquiátricas.

O objetivo da nossa pesquisa foi investigar alguns possíveis fatores que interferem no sucesso do tratamento do tabagismo de forma a contribuir para a eficácia do tratamento oferecido no sistema público de saúde.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Estudar a correlação do grau de ansiedade e depressão com a motivação para cessação do tabagismo.

### **Objetivos Específicos**

1. Avaliar grau de motivação, ansiedade e depressão dos pacientes.
2. Estudar o grau de motivação com variáveis sociodemográficas.
3. Estudar o sucesso terapêutico na quarta sessão do tratamento e nos seis meses após o término do tratamento com o grau de:
  - a. Motivação
  - b. Ansiedade
  - c. Depressão
  - d. Dependência da Nicotina
  - e. Variáveis sociodemográficas

## MÉTODOS

**Delineamento da pesquisa** - Foi realizado um estudo transversal descritivo com avaliação prospectiva.

**Participantes** – Utilizamos como critério de inclusão os usuários que buscaram o atendimento para cessação do tabagismo, nos Centros de Referência para Tratamento de Fumantes da Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal SES/DF, durante os anos 2009/2010. Foram excluídos os usuários diagnosticados com enfermidades psiquiátricas ou orgânicas graves, que poderiam alterar o desempenho nas avaliações. Os dados foram coletados no período de setembro de 2009 a março de 2011 por profissionais que realizaram o atendimento e que foram previamente capacitados pelos pesquisadores.

**Aspectos éticos** - A pesquisa foi conduzida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde SES/DF (Carta nº 256/09 – CEP/SES), tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (anexo A). Todos os pacientes participantes do estudo assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e preencheram uma ficha clínica, a qual apresentava os testes de dependência da nicotina, de motivação, ansiedade e depressão, quando de seu ingresso no programa de cessação tabágica.

### Locais da Coleta dos Dados

Em 2009, havia 54 unidades credenciadas para realizar o tratamento do tabagismo no Distrito Federal, mas apenas 35 unidades estavam atendendo regularmente. Por essa razão, estas foram contatadas e todas receberam o termo de concordância da pesquisa para ser analisado e autorizado pelos gestores de cada unidade. Seis unidades não devolveram o termo assinado, alegando dificuldades internas para participar da pesquisa, tais como: acúmulo de atividades, poucos profissionais na equipe e falta de apoio dos gestores nas atividades do ambulatório de tabagismo. Das 29 que devolveram o termo assinado, nove não apresentaram os questionários da pesquisa para serem analisados. Justificaram-se com os mesmos argumentos das unidades que não apresentaram o termo autorizado, ou seja, falta de profissionais, acúmulo de atividades e pouco apoio das chefias imediatas.

Assim, ao final, obtivemos uma amostra com 1.233 pacientes atendidos em 20 Centros de Referência de Tratamento de Tabagismo. Entre as unidades pesquisadas estão:

02 Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD), 02 equipes do Programa Saúde da Família (PSF), 04 Hospitais Regionais e 12 Centros de Saúde.

## **Instrumentos**

O grau de ansiedade e depressão foi medido com *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (anexo B). Num total de 14 itens para os quais pode ser conferido 0, 1, 2 ou 3 pontos, onde questões ímpares avaliaram o grau de ansiedade (HADS-A) e as pares o grau de depressão (HADS-D). Foram adotados os pontos de corte apontados pelos autores Zigmond e Snaith<sup>33</sup> recomendados para ambas as situações: de 0-7 pontos: improvável; 8-11 pontos: possível (questionável ou duvidoso); e de 12-21: provável. Lembramos que esta escala foi inicialmente desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes de hospitais clínicos não psiquiátricos, sendo posteriormente utilizada em pacientes não internados e sem doenças diagnosticadas<sup>34</sup>. Optamos por esta escala por ser de fácil manuseio e de rápida execução.

Ressaltamos que as escalas acima utilizadas são válidas apenas para fim de triagens. Definitivo diagnóstico deve repousar sobre o processo de história e exame clínico.

A avaliação da motivação para deixar de fumar foi feita pelo Teste de Richmond (anexo B). Trata-se de um teste específico, e com apenas quatro perguntas e de fácil aplicação. Foram adotados os pontos de corte sugeridos pelo autor<sup>35</sup>: de 0-6: motivação baixa; 7-9: motivação moderada; e 10: motivação elevada. Sobre a importância de sua aplicação, um estudo espanhol de 2000 concluiu que o teste de Richmond e o teste de Fagerström têm valor preditivo positivo para a cessação tabágica, sendo por isso recomendado para os cuidados primários em saúde<sup>36</sup>.

Para avaliar a dependência da nicotina, utilizamos o questionário de dependência de nicotina de Fagerström. Este instrumento foi desenvolvido por Karl-Olov Fagerström na década de 1970 e validado no Brasil por Carmo e Pueyo em 2002<sup>37</sup> (anexo B).

O questionário consta de seis questões, duas pontuadas de 0 a 3 e as demais de 0 a 1, possibilitando um total de 10 pontos. A classificação da dependência da nicotina é feita da seguinte forma: 0 a 2 pontos: muito baixo; 3 a 4 pontos: baixo; 5 pontos: médio; 6 a 7 pontos: elevada; 8 a 10 pontos: muito elevada. Esse questionário é utilizado por todos os pacientes que buscam atendimento na rede pública de saúde, conforme regulamentado pela Portaria do Ministério da Saúde 442/04.

Calculamos também o consumo de cigarros, utilizando a fórmula (número de cigarros fumados por dia, vezes o número de anos fumando, dividido por 20, que é a quantidade de cigarros por maço) e assim chegamos à carga tabágica em maços-ano.

Não encontramos um critério de classificação padronizado para esta medida. Um estudo realizado no México<sup>38</sup> considerou carga tabágica moderada menor ou igual a 20 e pesada maior ou igual a 21. Nosso critério foi o de considerar a carga tabágica leve menor ou igual a 30 maços-ano e pesada maior ou igual a 30 maços-ano.

Quanto aos dados sócio-demográficos, eles foram obtidos a partir da Ficha Clínica dos Ambulatórios de Tabagismo, que é padronizada para uso nos Centros de referência que realizam atendimento para tratamento de fumantes na Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal (anexo C). Nele, além da identificação dos pacientes, outros dados são coletados, tais como: renda, escolaridade, se possui alguma doença crônica, convivência com fumantes, tempo de tabagismo, número de cigarros fumados por dia, uso de outras drogas e se faz uso de algum medicamento.

Os dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0, utilizando para comparação das variáveis os testes t de Student ou qui-quadrado, quando pertinente; o nível de significância adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

Para obter a informação da abstinência após seis meses do término da quarta sessão, foram realizados contatos telefônicos com os 1233 pacientes. Os telefones informados no momento do atendimento se mantiveram os mesmos em apenas 887 pacientes, com os quais falamos fazendo as seguintes perguntas: “parou de fumar: sim ou não?”; “Se recaiu, quanto tempo ficou sem fumar?”; “Caso não tenha parado ou tenha voltado a fumar, qual foi o motivo?”. Por ocasião deste contato, todos os pacientes que continuavam fumando foram orientados a retomar o tratamento.

As referências a serem apresentadas neste trabalho baseiam-se nas recomendações das Normas de Vancouver - *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*, organizadas pelo *International Committee of Medical Journal Editors Vancouver Group*.

## RESULTADOS

Os resultados deste trabalho serão apresentados de acordo com os objetivos específicos e, num primeiro momento, serão descritos a amostra total, com os dados de todas as dezesseis variáveis do estudo. Na sequência, apresentamos a relação entre motivação e dados sociodemográficos, motivação e grau de ansiedade e depressão, e, por último, motivação, ansiedade e depressão em relação à cessação na quarta sessão e após seis meses.

Na tabela 1, apresentamos os dados sociodemográficos onde se observa que, dos 1.233 pacientes pesquisados, 65,4% são do gênero feminino. Este é um percentual esperado uma vez que as mulheres são as que mais procuram os serviços de saúde, incluindo os programas de cessação tabágica. As idades dos participantes variaram entre 19 e 77 anos, apresentando média de  $44 \pm 11$  anos. A idade de início do tabagismo em 77% dos pacientes esteve entre 11 e 20 anos, apresentando uma média de  $15,6 \pm 4$  anos. Se considerarmos todos os que iniciaram o hábito antes dos 20 anos, o percentual é de 85% da amostra.

Sobre a renda familiar, não obtivemos a informação em 51,9% dos pacientes. Esta variável na maioria dos estudos apresenta problemas, pois nem sempre o valor é informado. Das informações obtidas, na categorização da renda familiar os pacientes com menos de 1 salário mínimo (SM) equivalem a 13,1% e aqueles com renda de 1 a 1,99 SM somam 15,4%, ou seja cerca de metade da amostra recebe menos de dois salários mínimos.

Quanto à escolaridade, dos pacientes pesquisados, 43,1% têm nível fundamental, 37,2% nível médio e apenas 11,6% declararam ter nível superior. Pode se observar que um número expressivo de fumantes se encontra em uma faixa mais baixa de escolaridade, cerca de 50% possuem apenas o ensino fundamental.

**Tabela 1 – Distribuição dos pacientes estudados segundo as variáveis sociodemográficas**

Fator estudado		n	%
Gênero	Masculino	427	34,6
	Feminino	806	65,4
Faixa etária	Menos de 30 anos	165	13,4
	31 a 40 anos	250	20,3
	41 a 50 anos	432	35,0
	51 a 60 anos	278	22,5
	61anos ou mais	108	8,8

continua

continuação

<b>Fator estudado</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade de início do tabagismo</b>	Menos de 10 anos	98	7,9
	11 a 20 anos	949	77,0
	21 a 30 anos	100	8,1
	30 anos ou mais	20	1,6
	Não informado	66	5,4
<b>Faixa de renda em salários mínimos</b>	Menos de 1 SM	161	13,1
	1 a 1,99 SM	190	15,4
	2 a 3,99 SM	119	9,6
	4 a 5,99 SM	42	3,4
	6 a 7,99 SM	27	2,2
	8 ou mais SM	54	4,4
	Não informado	640	51,9
<b>Escolaridade</b>	Não Alfabetizado	76	6,2
	Fundamental	531	43,1
	Médio	459	37,2
	Superior	143	11,6
	Não informado	24	1,9

Fonte: autoria própria.

Na tabela 2, podemos observar que a quantidade de cigarros fumados por dia em 60% dos pacientes foi equivalente a um maço, ou seja, 20 cigarros. Em 25%, este consumo foi maior que 20 cigarros, ou seja, são grandes fumantes. Quando calculamos a carga tabágica, vimos que 46,2% dos pacientes fumaram < de 30 maços-ano e 36%  $\geq$  a 30 maços-ano o que classificamos como fumantes de nível pesado. A convivência com fumantes foi expressiva e declarada por 77,1% dos pacientes. Ao investigar sobre a presença de doenças crônicas, identificamos que 64,9% dos pacientes relataram ser portadores de algum tipo de doença crônica. Quanto às tentativas de parar de fumar, 36,7% relataram já ter tentado por mais de 3 vezes. Se considerarmos a soma das tentativas de uma a três vezes, encontramos um alto percentual, onde 82% da nossa amostra são de pacientes que já tentaram pelo menos uma vez a cessação, o que pode significar desejo de parar de fumar.

**Tabela 2 – Distribuição da amostra estudada segundo as variáveis relacionadas à história tabágica, convivência com fumantes e presença de doenças crônicas**

<b>Fator estudado</b>	<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Numero de cigarros/dia</b>	20 ou menos	737	59,8
	21 ou mais	306	24,8
	Não informado	190	15,4

continua

continuação

<b>Fator estudado</b>	<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Carga tabágica (maços-ano)</b>	< de 30 maços-ano	569	46,2
	≥ de 30 maços-ano	444	36,0
	Não informado	220	17,8
<b>Convivência com fumantes</b>	Sim	951	77,1
	Não	282	22,9
<b>Doenças Crônicas</b>	Sim	800	64,9
	Não	433	35,1
<b>Tentativas para parar de fumar</b>	Não	1	0,1
	1 Vez	346	28,1
	2 Vezes	209	17,0
	3 Vezes ou mais	453	36,7
	Não informado	224	18,1

Fonte: autoria própria.

A tabela 3 mostra que a abstinência na quarta sessão foi alcançada em 58,6% dos pacientes, enquanto 14,6% não pararam de fumar até a quarta sessão e os outros 26% desistiram do tratamento. Após seis meses do termino da quarta sessão, 27,7% dos pacientes mantiveram-se abstinentes, enquanto 44,2% permaneciam fumando. Como já referido, devido a mudanças nos números de telefone não foi possível obter essa informação em 28,1% dos pacientes.

Quanto ao grau de dependência, este foi elevado em 36,5%, dos pacientes e muito elevado em 29,8%. Em apenas 7,7% dos pacientes a dependência foi muito baixa. Se considerarmos a soma dos que apresentaram grau de dependência de médio a muito elevado, vamos chegar a um percentual de 78,8%, de pacientes com um considerável grau de dependência da nicotina, o que é compatível com o fato de que 85% fumam mais de 20 cigarros por dia.

No tocante à motivação para deixar o tabagismo, encontramos grau elevado em 51,1% dos pacientes e motivação moderada em 41,9%. A motivação para parar de fumar foi classificada como baixa em apenas 4,9% dos pacientes. Salientamos que mesmo tendo procurado tratamento para tabagismo de forma voluntária, apenas a metade nos pareceu realmente motivada a deixar de fumar (tabela 3).

O grau de ansiedade dos pacientes foi provável em 34,1% da amostra e possível em 32,3%. O percentual de ansiedade improvável foi de apenas 31,1%. Estes percentuais mostram grande tendência para ansiedade em mais de 50% dos fumantes pesquisados (tabela 3).

O nível de depressão medido nos pacientes mostra que em 47,2% deles a depressão é improvável. 28% dos pacientes têm depressão possível e 22,1% apresentaram depressão provável, ou seja, cerca de metade da amostra tende a ser deprimida (tabela 3).

**Tabela 3 – Distribuição da amostra estudada segundo as variáveis relacionadas à abstinência do tabagismo**

	Variável	n	%
<b>Parou de fumar na 4ª sessão</b>	Sim	723	58,6
	Não	180	14,6
	Desistiu	320	26,0
	Não informado	10	0,8
<b>Parou de fumar após 6 meses</b>	Sim	342	27,7
	Não	545	44,2
	Não informado	346	28,1
<b>Grau de dependência (Teste de Fagerström)</b>	Muito baixo	95	7,7
	Baixo	162	13,1
	Médio	154	12,5
	Elevado	450	36,5
	Muito elevado	367	29,8
	Não informado	5	0,4
<b>Motivação (Teste de Richmond)</b>	Baixa	61	4,9
	Moderada	517	41,9
	Elevada	630	51,1
	Não informado	25	2,1
<b>Escala de Ansiedade (HAD)</b>	Improvável	384	31,1
	Possível	398	32,3
	Provável	420	34,1
	Não informado	31	2,5
<b>Escala de Depressão (HAD)</b>	Improvável	582	47,2
	Possível	345	28,0
	Provável	273	22,1
	Não informado	33	2,7

Fonte: autoria própria.

## Relação entre a Motivação e as Variáveis do Estudo

Quanto à relação entre a motivação e as variáveis do estudo, não encontramos relação significativa entre a motivação e as seguintes variáveis: faixa etária, idade de início do tabagismo, renda familiar, nível de escolaridade, quantidade de tabaco consumida por dia, o grau de dependência, carga tabágica e doenças crônicas ( $p > 0,05$ ).

Entre a motivação e o grau de ansiedade ou depressão também não encontramos relação significativa ( $p>0.05$ ), apesar de que os pacientes que apresentaram maior motivação apresentaram grau improvável de ansiedade e depressão.

Por outro lado, a motivação para deixar de fumar se relacionou de forma significativa com: gênero, convivência com fumantes e tentativas prévias para deixar de fumar.

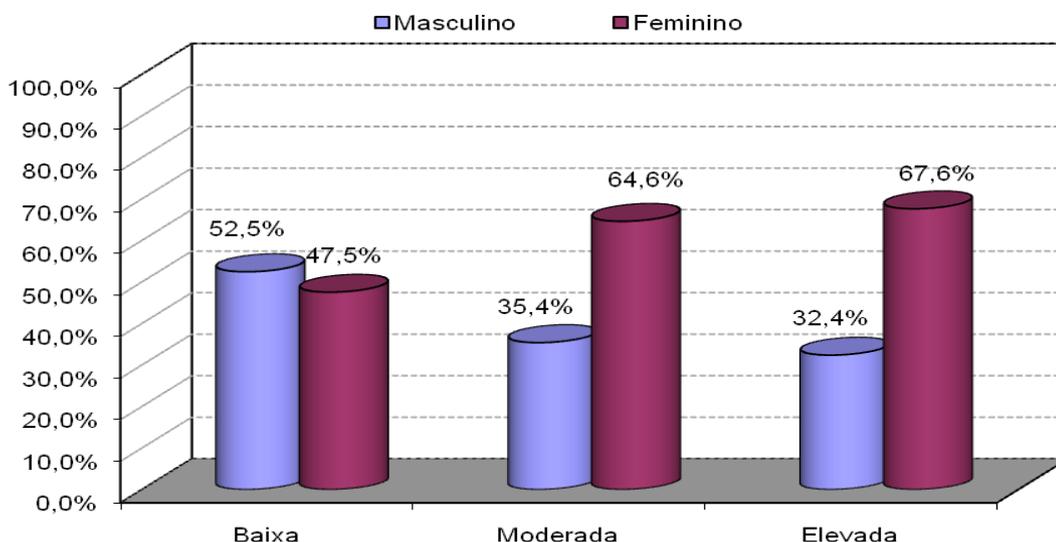
No que diz respeito ao gênero, a tabela 4 e o gráfico 1 mostram que é possível verificar se o nível de motivação varia conforme o gênero do paciente. Pode-se afirmar que a motivação é diferente entre os homens e as mulheres e que essa diferença é significativa ( $p=0,006$ ). A chance de um homem ser classificado com baixa motivação é 2,3 vezes maior que as mulheres, enquanto a chance de uma mulher ter elevado nível de motivação é 2 vezes maior que no homem.

**Tabela 4 – Relação entre gênero e motivação para deixar de fumar**

	Motivação (Teste de Richmond)						Total	Teste Qui-quadrado (p-valor)
	Baixa		Moderada		Elevada			
	N	%	n	%	n	%		
<b>Masculino</b>	32	52,5%	183	35,4%	204	32,4%	419	34,7%
<b>Gênero Feminino</b>	29	47,5%	334	64,6%	426	67,6%	789	65,3%
<b>Total</b>	61	100,0%	517	100,0%	630	100,0%	1.208	100,0%

Fonte: autoria própria.

**Gráfico 1 – Distribuição da amostra estudada por gênero e motivação para deixar de fumar**



Fonte: autoria própria.

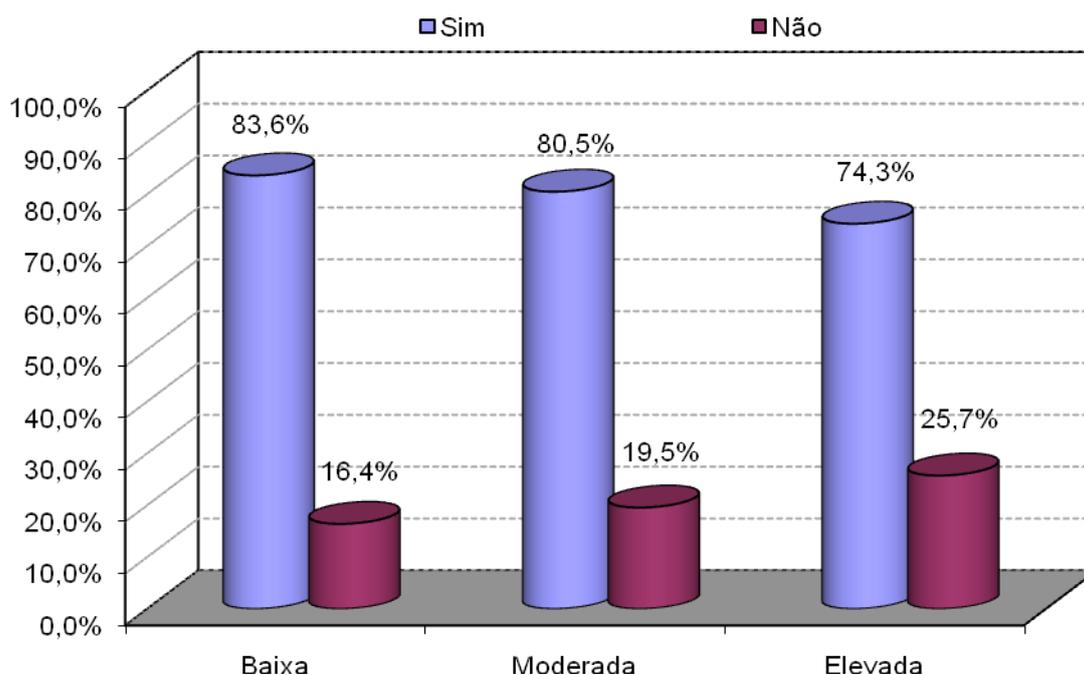
A motivação para deixar de fumar tem relação negativa e significativa com a convivência com pessoas fumantes ( $p=0,022$ ). Observando a tabela 5 e o gráfico 2, percebemos que as chances para ter uma motivação elevada são maiores em pacientes que não convivem com fumantes, ou seja, conviver com fumantes desmotiva as pessoas a parar de fumar. Este dado é digno de nota uma vez que 77,1% dos pacientes em nossa amostra declararam conviver com pessoas que fumam.

**Tabela 5 – Relação entre o grau de motivação e a convivência com fumantes**

		Motivação (Teste de Richmond)						Total	Teste Qui-quadrado (p-valor)
		Baixa		Moderada		Elevada			
		N	%	n	%	n	%	n	%
<b>Convivência com fumantes</b>	Sim	51	83,6%	416	80,5%	468	74,3%	935	77,4%
	Não	10	16,4%	101	19,5%	162	25,7%	273	22,6%
	<b>Total</b>	61	100,0%	517	100,0%	630	100,0%	1.208	100,0%

Fonte: autoria própria.

**Gráfico 2 – Distribuição da amostra estudada em relação à convivência com fumantes e à motivação**



Fonte: autoria própria.

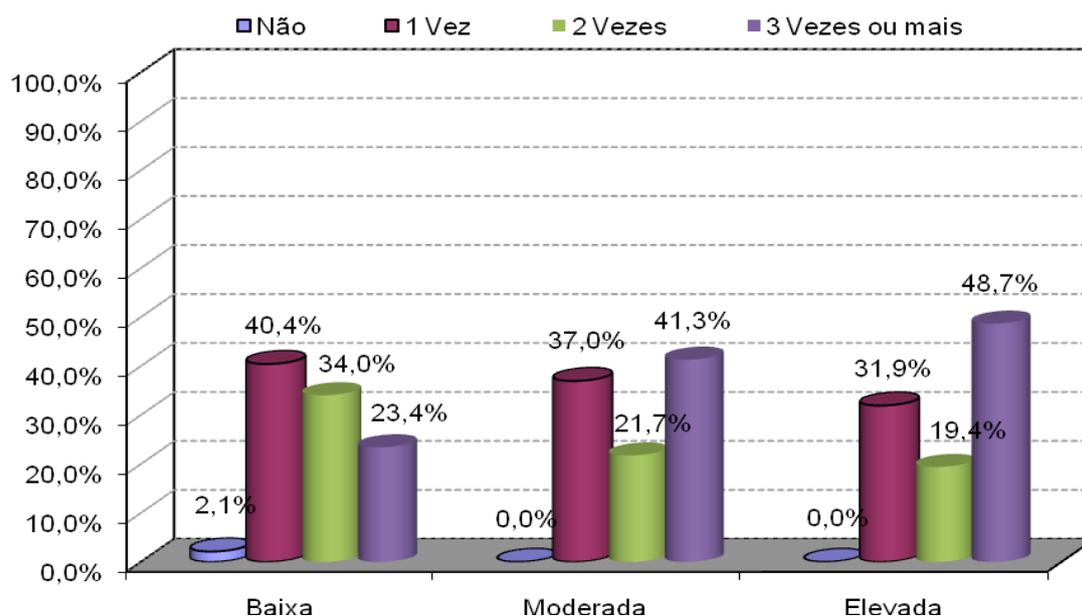
Outra relação significativa encontrada foi entre as tentativas prévias de parar de fumar e o grau de motivação ( $p=0,001$ ). Os pacientes que tentaram parar de fumar uma vez tinham 2,6 vezes mais chance de ter motivação baixa que aqueles que tentaram parar de fumar por três ou mais vezes, o que pode ser observado na tabela 6 e no gráfico 3.

**Tabela 6 – Relação entre as tentativas prévias de parar de fumar e o grau de motivação**

		Motivação (Teste de Richmond)								
		Baixa		Moderada		Elevada		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Tentativas para parar de fumar</b>	Não	1	2,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	0,001
	1 Vez	19	40,4%	153	37,0%	168	31,9%	340	34,4%	
	2 Vezes	16	34,0%	90	21,7%	102	19,4%	208	21,1%	
	3 Vezes ou mais	11	23,4%	171	41,3%	256	48,7%	438	44,4%	
	<b>Total</b>	47	100,0%	414	100,0%	526	100,0%	987	100,0%	

Fonte: autoria própria.

**Gráfico 3 – Distribuição da amostra estudada por tentativas para parar de fumar em relação à motivação**



Fonte: autoria própria.

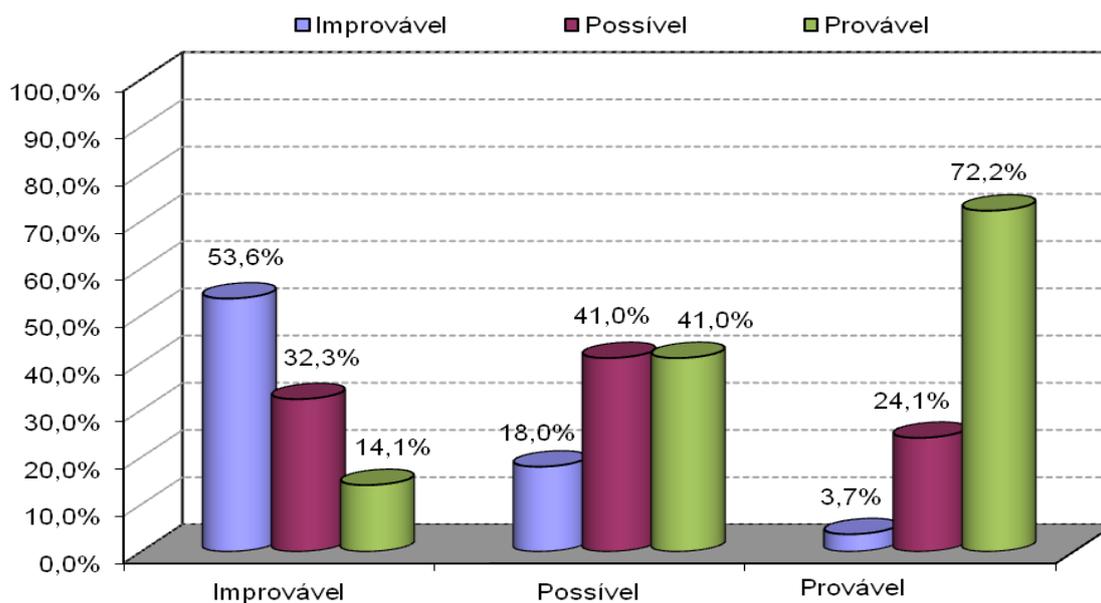
Encontramos relação significativa entre a ansiedade e a depressão dos pacientes ( $p=0,001$ ). Para os pacientes com ansiedade improvável, a chance de ter depressão, também improvável, é maior do que nos pacientes com ansiedade possível e provável. Já os pacientes com ansiedade possível ou provável têm mais chance de desenvolver uma depressão possível ou provável, o que podemos observar na tabela 7 e no gráfico 4.

**Tabela 7 – Relação entre o nível de Ansiedade e Depressão**

		Escala de Depressão(HAD)						Total		Teste qui-quadrado (p-valor)
		Improvável		Possível		Provável		n	%	
		n	%	n	%	n	%			
Escala de Ansiedade (HAD)	Improvável	312	53,6%	62	18,0%	10	3,7%	384	32,0%	0,001
	Possível	188	32,3%	141	41,0%	66	24,1%	395	33,0%	
	Provável	82	14,1%	141	41,0%	197	72,2%	420	35,0%	
		582	100,0%	344	100,0%	273	100,0%	1199	100,0%	

Fonte: autoria própria.

**Gráfico 4 – Distribuição da amostra estudada em relação ao nível de ansiedade e depressão**



Fonte: autoria própria.

## **Abstinência na Quarta Sessão e Após Seis Meses em Relação às Variáveis do Estudo**

A tabela 8 mostra a relação entre as variáveis estudadas e o sucesso terapêutico ao final da quarta sessão.

A abstinência na quarta sessão não esteve relacionada com as seguintes variáveis: gênero, renda, número de cigarros-dia, idade de início do tabagismo, convivência com fumantes, tentativas prévias para parar de fumar e grau de depressão ( $P > 0,05$ ).

Não encontramos relação estatisticamente significativa entre as variáveis escolaridade ( $p=0,079$ ), doença crônica ( $p=0,099$ ), ansiedade ( $p=0,061$ ) e a abstinência na quarta sessão e após seis meses. Os fatores que influenciaram significativamente ( $p < 0,05$ ) para abstinência na quarta sessão foram idade, carga tabágica, grau de dependência e o grau de motivação.

Os pacientes com menos de 30 anos têm duas vezes mais chance de estar em abstinência na quarta sessão do que os pacientes com idade entre 31 e 40 anos. Já aqueles com mais de 60 anos têm três vezes mais chance de parar de fumar na quarta sessão que os pacientes com idade entre 31 e 40 anos ( $p=0,010$ ).

Os pacientes com carga tabágica  $<$  que 30 maços-ano têm 55% mais chance de na quarta sessão estar em abstinência comparado àqueles pacientes classificados como tabagistas de nível pesado,  $\geq$  a 30 maços-ano ( $p=0,025$ ).

Os pacientes com grau de dependência baixo têm três vezes mais chance de parar de fumar na quarta sessão que aqueles com grau de dependência elevado ( $p=0,028$ ).

A relação entre a motivação e a abstinência na quarta sessão do tratamento foi significativa ( $p=0,009$ ), ou seja os pacientes que pararam de fumar na quarta sessão tinham mais chance de estar com motivação elevada que aqueles que não pararam ou desistiram do tratamento.

**Tabela 8 – Distribuição da amostra estudada segundo a abstinência na 4ª sessão e as variáveis do estudo**

		Abstinência. 4ª sessão						Total		Teste Qui-quadrado (valor de p)
		Sim		Não		Desistiu		n	%	
		N	%	n	%	n	%			
<b>Gênero</b>	Masculino	240	33,2%	57	31,7%	126	39,4%	423	34,6%	0,103
	Feminino	483	66,8%	123	68,3%	194	60,6%	800	65,4%	
	<b>Total</b>	<b>723</b>	<b>100,0%</b>	<b>180</b>	<b>100,0%</b>	<b>320</b>	<b>100,0%</b>	<b>1223</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Faixa etária</b>	Menos de 30 anos	89	12,3%	15	8,3%	59	18,4%	163	13,3%	0,010
	31 a 40 anos	135	18,7%	45	25,0%	68	21,3%	248	20,3%	
	41 a 50 anos	256	35,4%	66	36,7%	106	33,1%	428	35,0%	
	51 a 60 anos	174	24,1%	44	24,4%	58	18,1%	276	22,6%	
	61 ou mais	69	9,5%	10	5,6%	29	9,1%	108	8,8%	
	<b>Total</b>	<b>723</b>	<b>100,0%</b>	<b>180</b>	<b>100,0%</b>	<b>320</b>	<b>100,0%</b>	<b>1223</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Faixa de renda em salários mínimos</b>	Menos de 1 SM	86	24,6%	22	27,2%	50	32,3%	158	27,0%	0,153
	1 a 1,99 SM	113	32,4%	21	25,9%	53	34,2%	187	32,0%	
	2 a 3,99 SM	72	20,6%	17	21,0%	28	18,1%	117	20,0%	
	4 a 5,99 SM	26	7,4%	11	13,6%	5	3,2%	42	7,2%	
	6 a 7,99 SM	20	5,7%	3	3,7%	4	2,6%	27	4,6%	
	8 ou mais SM	32	9,2%	7	8,6%	15	9,7%	54	9,2%	
	<b>Total</b>	<b>349</b>	<b>100,0%</b>	<b>81</b>	<b>100,0%</b>	<b>155</b>	<b>100,0%</b>	<b>585</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Escolaridade</b>	Não Alfabetizado	42	5,9%	12	6,7%	21	6,7%	75	6,3%	0,079
	Fundamental	301	42,6%	73	40,8%	153	48,9%	527	44,0%	
	Médio	288	40,7%	73	40,8%	95	30,4%	456	38,0%	
	Superior	76	10,7%	21	11,7%	44	14,1%	141	11,8%	
	<b>Total</b>	<b>707</b>	<b>100,0%</b>	<b>179</b>	<b>100,0%</b>	<b>313</b>	<b>100,0%</b>	<b>1199</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Numero de cigarro/dia</b>	20 cigarros ou menos	436	72,1%	84	65,6%	211	70,1%	731	70,7%	0,335
	21 cigarros ou mais	169	27,9%	44	34,4%	90	29,9%	303	29,3%	
	<b>Total</b>	<b>605</b>	<b>100,0%</b>	<b>128</b>	<b>100,0%</b>	<b>301</b>	<b>100,0%</b>	<b>1034</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Idade de início do tabagismo</b>	Menos de 10 anos	53	7,7%	17	10,2%	28	9,2%	98	8,5%	0,487
	11 a 20 anos	556	81,2%	131	78,9%	253	82,7%	940	81,2%	
	21 a 30 anos	61	8,9%	17	10,2%	21	6,9%	99	8,6%	
	30 anos ou mais	15	2,2%	1	0,6%	4	1,3%	20	1,7%	
	<b>Total</b>	<b>685</b>	<b>100,0%</b>	<b>166</b>	<b>100,0%</b>	<b>306</b>	<b>100,0%</b>	<b>1157</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Carga tabágica (maços/ano)</b>	< que 30 maços-ano	335	57,0%	57	46,0%	172	58,7%	564	56,1%	0,046
	≥ a 30 maços-ano	253	43,0%	67	54,0%	121	41,3%	441	43,9%	
	<b>Total</b>	<b>588</b>	<b>100,0%</b>	<b>124</b>	<b>100,0%</b>	<b>293</b>	<b>100,0%</b>	<b>1005</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Convivência com fumantes</b>	Sim	545	75,4%	142	78,9%	258	80,6%	945	77,3%	0,150
	Não	178	24,6%	38	21,1%	62	19,4%	278	22,7%	
	<b>Total</b>	<b>723</b>	<b>100,0%</b>	<b>180</b>	<b>100,0%</b>	<b>320</b>	<b>100,0%</b>	<b>1223</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Doenças Crônicas</b>	Sim	467	64,6%	128	71,1%	197	61,6%	792	64,8%	0,099
	Não	256	35,4%	52	28,9%	123	38,4%	431	35,2%	
	<b>Total</b>	<b>723</b>	<b>100,0%</b>	<b>180</b>	<b>100,0%</b>	<b>320</b>	<b>100,0%</b>	<b>1223</b>	<b>100,0%</b>	
<b>continuação Tentativas para parar de fumar</b>	Não	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	1	0,1%	0,129
	1 Vez	191	32,7%	44	30,1%	106	38,8%	341	34,0%	
	2 Vezes	122	20,9%	27	18,5%	60	22,0%	209	20,8%	
	3 Vezes ou mais	271	46,4%	75	51,4%	106	38,8%	452	45,1%	
	<b>Total</b>	<b>584</b>	<b>100,0%</b>	<b>146</b>	<b>100,0%</b>	<b>273</b>	<b>100,0%</b>	<b>1003</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Grau de dependência</b>	Muito baixo	53	7,4%	10	5,6%	31	9,7%	94	7,7%	0,028
	Baixo	108	15,0%	11	6,1%	40	12,5%	159	13,1%	
	Médio	96	13,4%	20	11,1%	38	11,9%	154	12,6%	

continua

		Abstinência. 4ª sessão						Total		Teste Qui-quadrado (valor de p)
		Sim		Não		Desistiu		n	%	
		N	%	n	%	n	%			
<b>(Teste de Fagerström)</b>	Elevado	255	35,5%	81	45,0%	111	34,8%	447	36,7%	
	Muito elevado	207	28,8%	58	32,2%	99	31,0%	364	29,9%	
	<b>Total</b>	<b>719</b>	<b>100,0%</b>	<b>180</b>	<b>100,0%</b>	<b>319</b>	<b>100,0%</b>	<b>1218</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Motivação (Teste de Richmond)</b>	Baixa	28	3,9%	8	4,6%	25	7,9%	61	5,1%	0,009
	Moderada	287	40,5%	86	49,4%	138	43,8%	511	42,7%	
	Elevada	394	55,6%	80	46,0%	152	48,3%	626	52,3%	
<b>Total</b>	<b>709</b>	<b>100,0%</b>	<b>174</b>	<b>100,0%</b>	<b>315</b>	<b>100,0%</b>	<b>1198</b>	<b>100,0%</b>		
<b>Escala de Ansiedade (HAD)</b>	Improvável	237	33,6%	44	25,6%	101	32,1%	382	32,0%	0,061
	Possível	240	34,0%	52	30,2%	105	33,3%	397	33,3%	
	Provável	228	32,3%	76	44,2%	109	34,6%	413	34,6%	
<b>Total</b>	<b>705</b>	<b>100,0%</b>	<b>172</b>	<b>100,0%</b>	<b>315</b>	<b>100,0%</b>	<b>1192</b>	<b>100,0%</b>		
<b>Escala de Depressão (HAD)</b>	Improvável	356	50,6%	76	44,2%	147	46,8%	579	48,7%	0,319
	Possível	199	28,3%	48	27,9%	96	30,6%	343	28,8%	
	Provável	149	21,2%	48	27,9%	71	22,6%	268	22,5%	
<b>Total</b>	<b>704</b>	<b>100,0%</b>	<b>172</b>	<b>100,0%</b>	<b>314</b>	<b>100,0%</b>	<b>1190</b>	<b>100,0%</b>		

Fonte: autoria própria.

A tabela 9 descreve os resultados encontrados entre as variáveis do estudo e a abstinência após seis meses.

A abstinência após seis meses do término do tratamento não esteve relacionada com as seguintes variáveis: gênero, faixa etária, renda, escolaridade, número de cigarros/dia, idade de início de tabagismo, carga tabágica, tentativas de parar de fumar e grau de dependência ( $p > 0,005$ ).

Em relação à presença de doenças crônicas, não encontramos relação significativa desta variável com a abstinência após seis meses ( $p = 0,092$ ).

Encontramos relação significativa no que se refere à convivência com fumantes ( $p = 0,022$ ). Os pacientes que não convivem com fumantes têm 45% mais chance de estar sem fumar após seis meses do que aqueles pacientes que convivem com fumantes.

A motivação está relacionada significativamente com a abstinência após seis meses ( $p = 0,041$ ). Os pacientes com motivação elevada têm 34% de chance de abstinência aos seis meses comparados àqueles com motivação moderada. Outra relação significativa com a abstinência após seis meses diz respeito ao grau de ansiedade ( $p = 0,010$ ) e depressão ( $p = 0,009$ ). Os pacientes com ansiedade improvável têm 41% mais chance de estar sem fumar após seis meses em relação àqueles com ansiedade possível e 66% mais chance que aqueles com ansiedade provável. Em relação à depressão, os pacientes com depressão improvável têm 40,7% de chances de estar em abstinência após seis meses se comparados

aos pacientes com depressão possível e 66,5% em relação aos pacientes com depressão provável.

Devido à perda de dados, algumas variáveis das tabelas podem apresentar pequenas diferenças no que se refere ao total da amostra.

**Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo a abstinência após 6 meses e as variáveis do estudo**

		Abstinência após 6 meses						Teste Qui-quadrado (valor de p)
		Sim		Não				
		n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>	Masculino	131	38,3%	181	33,2%	312	35,2%	0,122
	Feminino	211	61,7%	364	66,8%	575	64,8%	
	<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>	<b>545</b>	<b>100,0%</b>	<b>887</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Faixa etária</b>	Menos de 30 anos	44	12,9%	79	14,5%	123	13,9%	0,281
	31 a 40 anos	73	21,3%	115	21,1%	188	21,2%	
	41 a 50 anos	114	33,3%	185	33,9%	299	33,7%	
	51 a 60 anos	73	21,3%	128	23,5%	201	22,7%	
	61 ou mais	38	11,1%	38	7,0%	76	8,6%	
	<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>	<b>545</b>	<b>100,0%</b>	<b>887</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Faixa de renda em salários mínimos</b>	Menos de 1 SM	33	21,2%	80	30,3%	113	26,9%	0,216
	1 a 1,99 SM	46	29,5%	74	28,0%	120	28,6%	
	2 a 3,99 SM	39	25,0%	54	20,5%	93	22,1%	
	4 a 5,99 SM	9	5,8%	22	8,3%	31	7,4%	
	6 a 7,99 SM	9	5,8%	10	3,8%	19	4,5%	
	8 ou mais SM	20	12,8%	24	9,1%	44	10,5%	
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100,0%</b>	<b>264</b>	<b>100,0%</b>	<b>420</b>	<b>100,0%</b>		
<b>Escolaridade</b>	Não Alfabetizado	19	5,7%	31	5,8%	50	5,7%	0,430
	Fundamental	150	44,6%	228	42,5%	378	43,3%	
	Médio	118	35,1%	214	39,9%	332	38,1%	
	Superior	49	14,6%	63	11,8%	112	12,8%	
	<b>Total</b>	<b>336</b>	<b>100,0%</b>	<b>536</b>	<b>100,0%</b>	<b>872</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Numero de cigarro/dia</b>	20 ou menos	208	70,5%	311	69,4%	519	69,9%	0,752
	21 ou mais	87	29,5%	137	30,6%	224	30,1%	
	<b>Total</b>	<b>295</b>	<b>100,0%</b>	<b>448</b>	<b>100,0%</b>	<b>743</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Idade de início do tabagismo</b>	Menos de 10 anos	22	6,7%	41	7,9%	63	7,5%	0,861
	11 a 20 anos	274	83,5%	431	83,5%	705	83,5%	
	21 a 30 anos	26	7,9%	36	7,0%	62	7,3%	
	30 anos ou mais	6	1,8%	8	1,6%	14	1,7%	
	<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>100,0%</b>	<b>516</b>	<b>100,0%</b>	<b>844</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Carga tabágica (maços/ano) continuação</b>	< que 30 maços-ano	153	53,1%	241	55,4%	394	54,5%	0,547
	≥ a 30 maços-ano	135	46,9%	194	44,6%	329	45,5%	
	<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>100,0%</b>	<b>435</b>	<b>100,0%</b>	<b>723</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Convivência com fumantes</b>	Sim	251	73,4%	436	80,0%	687	77,5%	0,022
	Não	91	26,6%	109	20,0%	200	22,5%	
	<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>	<b>545</b>	<b>100,0%</b>	<b>887</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Doenças Crônicas</b>	Sim	212	62,0%	368	67,5%	580	65,4%	0,092
	Não	130	38,0%	177	32,5%	307	34,6%	
	<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100,0%</b>	<b>545</b>	<b>100,0%</b>	<b>887</b>	<b>100,0%</b>	

continua

		Abstinência após 6 meses						Teste Qui- quadrado (valor de p)
		Sim		Não				
		n	%	n	%	n	%	
<b>Tentativas para parar de fumar</b>	Não	0	0,0%	1	0,2%	1	0,1%	0,533
	1 Vez	86	30,7%	149	33,3%	235	32,3%	
	2 Vezes	52	18,6%	92	20,6%	144	19,8%	
	3 Vezes ou mais	142	50,7%	205	45,9%	347	47,7%	
	<b>Total</b>	<b>280</b>	<b>100,0%</b>	<b>447</b>	<b>100,0%</b>	<b>727</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Grau de dependência (Teste de Fagerström)</b>	Muito baixo	30	8,8%	37	6,8%	67	7,6%	0,221
	Baixo	48	14,1%	64	11,8%	112	12,7%	
	Médio	50	14,7%	64	11,8%	114	12,9%	
	Elevado	124	36,4%	204	37,6%	328	37,1%	
	Muito elevado	89	26,1%	173	31,9%	262	29,7%	
<b>Total</b>	<b>341</b>	<b>100,0%</b>	<b>542</b>	<b>100,0%</b>	<b>883</b>	<b>100,0%</b>		
<b>Motivação (Teste de Richmond)</b>	Baixa	12	3,6%	31	5,8%	43	4,9%	0,041
	Moderada	134	40,2%	248	46,3%	382	44,0%	
	Elevada	187	56,2%	257	47,9%	444	51,1%	
	<b>Total</b>	<b>333</b>	<b>100,0%</b>	<b>536</b>	<b>100,0%</b>	<b>869</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Escala de Ansiedade (HAD)</b>	Improável	124	37,3%	149	28,0%	273	31,6%	0,010
	Possível	104	31,3%	176	33,0%	280	32,4%	
	Provável	104	31,3%	208	39,0%	312	36,1%	
	<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>100,0%</b>	<b>533</b>	<b>100,0%</b>	<b>865</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Escala de Depressão (HAD)</b>	Improável	182	55,0%	237	44,5%	419	48,6%	0,009
	Possível	84	25,4%	154	28,9%	238	27,6%	
	Provável	65	19,6%	141	26,5%	206	23,9%	
	<b>Total</b>	<b>331</b>	<b>100,0%</b>	<b>532</b>	<b>100,0%</b>	<b>863</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: autoria própria.

## Contato Telefônico Após Seis Meses

Para finalizar a parte de resultados, embora este trabalho seja essencialmente quantitativo, discorreremos um pouco sobre os contatos telefônicos realizados, com a finalidade de obter a informação da abstinência seis meses após o término da quarta sessão, por considerar que este foi um componente importante deste estudo.

A tentativa de contato foi realizada em 100% da amostra, ou seja, com os 1233 pacientes. Destes, apenas 887 mantiveram o mesmo número de telefone informado no momento do atendimento.

Dos 887 pacientes contatados, apenas 27,7%, permaneciam abstinentes, como já foi descrito. O que chamou a atenção foram as manifestações de satisfação dos pacientes por dois motivos: primeiro, o fato de estarem sem fumar e, segundo, de estarem recebendo o

contato e telefônico. Vale a pena registrar a fala de algumas pessoas que estavam abstinentes tais como:

*“Dá vontade de fumar e eu digo: não vou deixar uma coisa tão pequena me dominar, eu sou grande”.*

*“Minha própria família não acreditava que eu ia conseguir parar de fumar”.*

*“Este programa funciona mesmo e é maravilhoso”.*

*“A equipe é maravilhosa, mas acho que a gente precisa ficar mais tempo com o adesivo, pois quem fuma, se tiver qualquer abalo emocional, volta a fumar”.*

*“Se a pessoa se conscientizar, gostar de si e da vida, ela pára de fumar”.*

*“Foi muito difícil, mas eu tinha muita vontade, travei uma guerra comigo mesmo”.*

Nos 72,3% dos pacientes que continuaram fumando, o desconforto transparecia de forma imediata pelo tom de voz no momento que nos identificávamos e questionávamos se estavam sem fumar ou se continuavam fumando. Os motivos mais frequentemente relatados para permanecer fumando foram: estresse, fraqueza, falta de força de vontade, problemas familiares, ansiedade, depressão, convivência com fumantes e a própria desistência do tratamento. Dois depoimentos chamaram a atenção:

*“Mudei até de marca, mas parece uma praga”.*

*“Fiquei sem fumar, mas perdi o gosto com a vida. Falei com um padre e ele falou que também fumava e que era difícil mesmo. Particpei de grupo de oração, gastei um absurdo de dinheiro. Pensei... antes morrer alegre do que triste! Era uma tristeza muito grande dentro de mim, só deitada, sem comer. Voltei a fumar! Tudo melhorou. Mas ele está me fazendo muito mal. Eu não sei mais o que fazer. Eu tenho muita vontade e já comprei tudo que dizem que é bom”.*

Para aqueles que estavam sem fumar e recaíram, perguntamos quanto tempo ficaram sem fumar. A grande maioria relatou ter voltado a fumar entre três e quatro meses, após data em que tinham deixado de fumar.

## DISCUSSÃO

Nossos resultados mostram que o grau de motivação para deixar de fumar está associado com a abstinência na quarta sessão de tratamento e sua manutenção após seis meses. Também mostram que a ansiedade e depressão não influenciam de forma significativa na motivação para buscar tratamento, mas influenciam na manutenção da abstinência.

Quanto ao perfil sociodemográfico da amostra, encontramos que a busca por atendimento para deixar de fumar foi maior no gênero feminino (65%), o que nos leva a pensar que as mulheres buscam mais por tratamento do tabagismo que os homens, o que também vem sendo demonstrados em outros estudos<sup>39,40</sup>. Por outro lado, apesar do número de mulheres fumantes estar aumentando consideravelmente, especialmente em jovens, no Brasil, a prevalência de fumantes ainda é maior nos homens (21,6%) do que nas mulheres (13.1%)<sup>4</sup>.

Em relação à escolaridade, aproximadamente a metade da amostra tinha apenas o nível fundamental, o que está de acordo com a literatura que mostra que nestes grupos a prevalência de fumantes é maior. Uma pesquisa especial de tabagismo identificou os seguintes percentuais: 25,7% dos fumantes não tinham instrução ou apenas menos de um ano de estudo e 23,1% declararam ter de um a três anos de estudo. Este mesmo trabalho mostrou que pessoas com 11 anos de estudo ou mais apresentam cerca de metade da prevalência de usuários de tabaco, quando comparadas a pessoas sem instrução ou com menos de um ano de estudo. Observou-se ainda uma maior prevalência de tabagismo em grupos populacionais economicamente menos privilegiados, tendência esta observada em outros países<sup>5</sup>. O que também esteve de acordo com a nossa amostra, onde dos 48% que responderam esta questão, 15,4% ficaram entre um e dois salários mínimos e 13,1% tinham renda menor que um salário mínimo, dado que reforça a associação entre uso do tabaco e pobreza.

A alta prevalência de fumantes entre pessoas com menor nível de estudo e renda é uma realidade que está bastante documentada o que também se confirma em nossa pesquisa.

Sobre a idade dos fumantes, encontramos concentração maior nos pacientes com idades entre 41 e 60 anos (57%). Quando comparamos com outros trabalhos, observamos

que essa é a faixa de idade em que as pessoas manifestam mais preocupação com a saúde e, no caso específico do tabagismo, nesta fase há uma maior procura por tratamento<sup>39,41</sup>.

No que se refere ao consumo de tabaco expresso em cigarro/dia encontramos consumo acima de 20 cigarros em 25% da amostra, ou seja, fumantes muito dependentes. Estes achados também estiveram presentes em estudo realizado no município do Rio de Janeiro, que procurou características dos fumantes que buscaram tratamento para deixar de fumar e comparou com os fumantes da população geral. A conclusão foi de que entre aqueles que buscam tratamento há uma maior participação de mulheres, indivíduos mais velhos e fumantes em estágios mais avançados de dependência<sup>42</sup>.

### **Aspectos Motivacionais**

A motivação foi um dos fatores que elegemos para este estudo, por considerar importante para o sucesso no tratamento do tabagismo. Encontramos relação significativa entre a motivação e as seguintes variáveis: gênero, convivência com fumantes e tentativas prévias de parar de fumar. Apesar dos fumantes terem buscado o tratamento de forma aparentemente espontânea, a motivação elevada esteve presente em apenas metade da nossa amostra e foi mais prevalente no gênero feminino. Isso confirma que o fato de buscar tratamento não necessariamente significa motivação para a mudança do comportamento-problema. Os pacientes podem estar ambivalentes e, se é assim, estratégias terapêuticas focadas unicamente nas possibilidades de ação tendem a ser pouco eficazes. As estratégias voltadas para o estado da pré-contemplação e da contemplação fazem-se extremamente necessárias para o sucesso do tratamento.

Segundo um estudo português, as razões para um fumante não querer parar de fumar podem ser variadas: falta de informação sobre os efeitos nocivos do tabaco, desconhecimento dos benefícios de parar, medos e crenças sobre a cessação, desmoralização após dificuldades em tentativas anteriores e baixa autoconfiança. A intervenção motivacional poderá auxiliar o fumante a querer parar, especialmente se esta intervenção for feita com empatia, promovendo a autonomia e evitando discussões<sup>32</sup>.

Outro estudo realizado sobre hábitos, atitudes e crenças de fumantes em quatro capitais brasileiras identificou alguns fatores de maior influência futura para as tentativas de parar de fumar, que foi a preocupação em expor crianças, parentes e amigos à fumaça do tabaco<sup>43</sup>. Neste estudo, os mais motivados também foram os que apresentaram mais

tentativas prévias de deixar de fumar. O mesmo identificado em nosso trabalho onde o maior percentual (37%) foi de fumantes que haviam feito mais de três tentativas de parar de fumar.

Um estudo realizado na Alemanha, sobre a motivação em fumantes mais velhos para deixar de fumar, identificou a coexistência de doenças crônicas, tais como hipertensão e diabetes, como um importante fator motivador para a cessação tabágica<sup>44</sup>. O nosso trabalho foi realizado com fumantes que procuraram apoio para deixar de fumar e também encontramos um número significativo de pacientes (65%) com doenças crônicas. Mesmo que nossa pesquisa não tenha sido realizada apenas com idosos, esses dados podem apontar para o fato da presença de doença crônica ser um elemento motivador para deixar de fumar.

Assim como a motivação para deixar de fumar, a motivação para fumar também tem sido alvo de estudos. Um trabalho realizado pela Universidade de São Paulo no desenvolvimento de uma nova escala voltada para a avaliação da motivação para fumar mostrou que o gênero exerceu uma influência significativa sobre diversos escores motivacionais<sup>45</sup>. As mulheres mais frequentemente fumavam devido à dependência física, redução da tensão, controle de peso e associação estreita. A associação estreita é aqui definida como uma forte conexão emocional com o cigarro. Esses achados são relevantes, pois podem ajudar a explicar por que as mulheres acham mais difícil parar e se sentem mais dependentes do cigarro que os homens. Isso pode explicar também porque o índice de recaída é maior entre as mulheres, dado que encontramos na avaliação que realizamos da abstinência após seis meses, onde o maior percentual dos pacientes que voltaram a fumar foi de mulheres (69%).

A motivação para a mudança pode e parece ser influenciada tanto pela presença de sintomas psiquiátricos quanto pela intensidade do grau de dependência. Vários estudos vêm demonstrando que fatores como a presença de sintomas de ansiedade e depressão e a gravidade da dependência parecem estar relacionados à diminuição na motivação para a mudança do comportamento considerado problema<sup>46,47,48,49</sup>.

No entanto, surpreendentemente, em nossa amostra, não encontramos relação significativa entre a motivação, o grau de dependência e os níveis de ansiedade e depressão, quando da busca do tratamento para deixar de fumar. Este resultado nos faz pensar que a menor motivação apresentada em outros estudos talvez esteja ligada ao fato

de a depressão e a ansiedade estarem dificultando a abstinência e, com isso, diminuindo a autoconfiança e auto-eficácia dos pacientes.

Encontramos resultados semelhantes em um estudo realizado para avaliar a motivação para mudança em dependentes de cocaína. Embora neste estudo não se tenham obtido correlações estatisticamente significativas entre os estágios motivacionais e os sintomas de depressão e ansiedade, os autores chamaram atenção para o fato de terem encontrado tendência significativa entre o estágio da manutenção e os sintomas depressivos<sup>50</sup>. Mesmo considerando as possíveis diferenças entre a dependência de cocaína e de tabaco, ressaltamos que neste ponto também encontramos semelhança com o nosso estudo, uma vez que os níveis de ansiedade e depressão nos fumantes de nossa amostra estavam entre as principais causas de recaídas após seis meses, mas não influenciaram na motivação para buscar tratamento do tabagismo.

A convivência com fumantes foi relatada por 77% dos nossos pacientes e apresentou uma ligação direta com a motivação e com a abstinência. As pessoas que convivem com fumantes são menos motivadas e tem menos chances de estar em abstinência após seis meses. Isto nos parece muito importante porque apesar da existência de uma lei que proíbe o fumo em ambientes coletivos, ainda podemos observar muito frequentemente o seu descumprimento. Uma pesquisa recente mostrou que a exposição à fumaça do cigarro atinge 24,4% das pessoas que trabalham em ambientes fechados, 4% das pessoas em estabelecimentos de saúde, 9,9% em restaurantes, 4,5% em transportes públicos e 3,6% em prédios e escritórios do governo<sup>5</sup>. Esta exposição/convivência com fumantes, muitas vezes com membros da própria família, como demonstra nosso estudo, é um elemento dificultador de abstinência em médio e longo prazos.

Uma revisão sistemática realizada sobre a influência do suporte social na cessação do tabagismo mostrou que saber que pessoas próximas fumam ou ver os outros fumando influencia na permanência do tabagismo e muitas vezes funcionam como gatilhos para acender um cigarro. Da mesma forma uma rede social com uma proporção de ex-fumantes maior do que fumantes pode exercer certa pressão social no sentido da cessação do tabagismo<sup>51</sup>.

Outro trabalho realizado sobre preditores comuns de cessação do tabagismo na prática clínica mostrou que fumantes que são casados com não fumantes ou ex-fumantes são mais propensos a deixar de fumar e permanecer abstinentes por mais tempo<sup>52</sup>. Neste mesmo trabalho, encontramos vários pontos que convergem com os resultados da nossa

pesquisa tais como: histórias de tentativas anteriores de parar é um importante indicador para o sucesso futuro em parar de fumar. Encontramos relação significativa em nossa pesquisa entre as tentativas de parar de fumar e a motivação dos pacientes. Estas histórias positivas de tentativas anteriores devem ser exploradas para aumentar a motivação porque se um fumante conseguiu deixar de fumar no passado, é mais provável que será bem sucedido em tentativas futuras.

## **Depressão e Ansiedade**

No que se refere à depressão, considera-se aconselhável a verificação sistemática de histórico de depressão no início do tratamento do tabagismo, o que pode ser feito com questionários validados para este fim. Fumantes nesta categoria são suscetíveis de experimentar sintomas de abstinência mais intensos, que incluem vários distúrbios do humor e sintomas afetivos (humor deprimido, ansiedade, nervosismo, inquietação, fadiga, irritabilidade e sonolência) que são mais pronunciados nos primeiros dias de abstinência<sup>18</sup>. Previsivelmente, os fumantes que relatam níveis mais altos de sintomas negativos de humor são os menos propensos a abandonar o cigarro e, quando o fazem, são mais propensos à recaída. Tal fato constatamos em nosso trabalho onde os pacientes com depressão improvável apresentaram 40,7% mais chances de estar em abstinência após seis meses. Embora seja geralmente aceito que um histórico de depressão pode ser uma barreira para parar de fumar, evidências contrárias também existem. Um estudo de meta-análise mostrou que história de depressão maior não parece ser um fator de risco independente para a cessação ou recaída no tratamento do tabagismo<sup>53</sup>.

De qualquer forma, o que se observa é que a presença de depressão sugere uma atenção diferenciada, com o reforço de terapia medicamentosa e com a possibilidade de encaminhamento para especialista naqueles casos mais desafiadores.

Um estudo recente, conduzido em amostra populacional de gêmeos adultos, realizou uma série de análises destinadas a determinar se a síndrome da abstinência pela retirada da nicotina seria induzida por uma história de depressão maior ou transtorno de ansiedade generalizada ou se estes sintomas eram apenas um efeito do abandono do uso da nicotina, que provavelmente seria influenciado pelo grau de dependência.

A conclusão deste trabalho foi a de que os sintomas de ansiedade e depressão no contexto da retirada da nicotina são componentes da síndrome da abstinência e a gravidade

destes sintomas está mais ligada ao grau de dependência da nicotina do que a propensão subjacente à depressão maior ou transtorno de ansiedade generalizada. Entretanto pessoas com uma história de vida de depressão maior e ansiedade generalizada manifestam níveis significativamente mais elevados de dependência da nicotina e sintomas de abstinência mais graves do que indivíduos sem estes antecedentes<sup>54</sup>. Os achados deste trabalho nos faz especular sobre os nossos dados. Encontramos grau elevado de dependência da nicotina em 66,3% de nossa amostra e nos contatos telefônicos após seis meses as causas de recaída relatadas pelos pacientes foram os sintomas de ansiedade e depressão.

Fumar também é altamente prevalente na maioria dos transtornos de ansiedade e varia muito de acordo com o diagnóstico específico. Os sintomas de abstinência são mais graves durante a cessação em fumantes com transtornos de ansiedade do que nos fumantes sem estes transtornos. Além disto, comumente os sintomas de ansiedade são fatores de risco de recaída<sup>55</sup>.

Entendemos assim que os fumantes devem ser informados que a ansiedade é um dos sintomas da síndrome de abstinência e que pode aumentar nos primeiros dias sem fumar.

Em nossa amostra, encontramos percentual de 34% dos pacientes com grau provável de ansiedade. Observamos também que os pacientes com ansiedade improvável tinham 40% mais chances de estar abstinentes após seis meses. Compreender esta relação entre o comportamento de fumar e a ansiedade pode ser bastante útil no processo de cessação e prevenção da recaída. Neste aspecto, os tratamentos que incorporam reestruturação cognitiva podem ser bastante efetivos.

Ainda no que se refere à ansiedade, um ensaio clínico, realizado com o objetivo de diagnosticar a ansiedade em fumantes que procuram tratamento para cessação do tabagismo nos Estados Unidos, demonstrou que pacientes com transtorno de ansiedade social, ansiedade generalizada e síndrome do pânico tendiam a ter menores probabilidades de abstinência a longo prazo, sintomas mais graves de abstinência e baixa eficácia da farmacoterapia<sup>55</sup>.

Não ficou claro no estudo acima porque os medicamentos não beneficiaram os pacientes com estes transtornos, mas os autores relataram que evidências recentes mostram que os medicamentos utilizados (bupropiona, adesivos e pastilhas de nicotina) produziam apenas efeitos modestos sobre os afetos negativos dos pacientes. Este trabalho sugere que os pacientes com diagnóstico de ansiedade podem se beneficiar mais de aconselhamento e

que isto deve ser explorado e incentivado de forma mais intensa na abordagem desta população<sup>55</sup>.

Um recente estudo realizado no México com o objetivo de determinar a relação entre ansiedade e depressão com o grau de dependência da nicotina e consumo de cigarros, em fumantes que participaram de programas para parar de fumar, mostrou que o grau de ansiedade e depressão é elevado entre aqueles com maior grau de dependência da nicotina e que apresentam um maior consumo acumulado de cigarros. A sugestão desse estudo foi de que os programas para ajudar a parar de fumar devem considerar as estratégias para reconhecer os sintomas de ansiedade e depressão presentes nos fumantes em tratamento para deixar de fumar<sup>38</sup>.

De acordo com outros estudos<sup>38,56</sup> e nossos resultados, pode se observar que a ansiedade e a depressão têm importância clínica considerável no tratamento do tabagismo e na abstinência a médio e longo prazo. Este fato nos motivou a incluir na ficha de avaliação utilizada nos ambulatórios de tratamento de tabagismo os testes de ansiedade e depressão, o que se constitui em uma efetiva contribuição da nossa pesquisa para o atendimento dos fumantes na rede pública do Distrito Federal.

### **Fatores que Influenciam na Abstinência**

Dos pacientes do nosso estudo, 59% deixaram de fumar na quarta sessão. Estes tinham menos de 30 anos ou mais de 60, com carga tabágica leve, baixo grau de dependência e motivação elevada .

Dentre os pacientes que deixaram de fumar na quarta sessão, apenas 31% permaneceram abstinentes após seis meses, o que corresponde a 27,7% dos que iniciaram o tratamento. Estes não conviviam com fumantes, tinham grau de dependência baixo, motivação elevada e grau improvável de ansiedade e depressão.

Resultado semelhante ao nosso foi encontrado em estudo realizado nos Estados Unidos com 1224 pacientes em abstinência por seis meses, para desenvolver um modelo que preve a abstinência do tabaco em fumantes. As variáveis preditivas de sucesso encontrados foram pacientes do gênero masculino, com baixa dependência da nicotina, sem diagnóstico psiquiátrico atual, mais motivados e com história anterior de abstinência de até 30 dias<sup>57</sup>.

Outro trabalho realizado para avaliar a efetividade do tratamento da dependência da nicotina, em três e seis meses de abstinência, amostra com 181 pacientes, comparou a efetividade do tratamento de acordo com o grau de dependência, comorbidade psiquiátrica e o estágio motivacional. A conclusão foi de que os melhores efeitos do tratamento foram registrados para os pacientes com dependência moderada à nicotina e nos pacientes que não apresentaram comorbidades psiquiátricas. Neste estudo, ao final de seis meses após os tratamentos, 69% dos pacientes haviam recaído. As pessoas com menor escolaridade tiveram prevalência de recaída significativamente maior do que as de maior escolaridade (44% a mais). As demais variáveis demográficas não apresentaram diferenças importantes entre as proporções de recaída, apesar de algumas tendências. Mulheres, pessoas entre 31 e 50 anos ou sem companheiro (a) foram os que mais recaíram<sup>58</sup>. Neste mesmo estudo, encontrou-se a presença de comorbidade psiquiátrica em 55% dos sujeitos, sendo o transtorno de humor o mais prevalente entre os sujeitos da amostra (40%). Cerca de 92,5% da amostra já haviam feito pelo menos uma tentativa de parar de fumar e, nestas ocasiões, 68% relataram sintomas desconfortáveis em relação à abstinência e em 76% a queixa mais prevalente foi a ansiedade. A incidência de recaídas na amostra estudada foi alta, quase 70% dos pacientes haviam recaído seis meses após o início do tratamento<sup>58</sup>. Em nossa amostra, a incidência de recaída após seis meses entre os pacientes que deixaram de fumar na quarta sessão foi de 31%, sendo a ansiedade e a depressão as queixas mais prevalentes para justificar a recaída.

Embora a maior parte dos profissionais de saúde reconheça a associação entre problemas clínicos e o tabagismo, o mesmo não se repete quando se trata da associação entre a dependência de nicotina e as comorbidades psiquiátricas, o que vem se observando é que estas associações são de extrema importância e precisam ser melhor compreendidas.

O que observamos ao longo do nosso trabalho foi que a população menos escolarizada, com nível elevado de dependência, com baixa motivação para mudança de comportamento e com comorbidades psiquiátricas associadas ao tabagismo é aquela que tem mais dificuldade de conseguir a abstinência. Dessa forma, um programa de tratamento deve abordar, além do tabagismo, essas outras necessidades dos pacientes.

Quando avaliamos a abstinência a médio e longo prazo, percebemos índices consideráveis de recaídas. Apesar deste tema não ter sido o foco deste trabalho, a recaída faz parte do processo de cessação e precisamos estar preparados para lidar com ela.

Os principais motivos de recaída relatados pelos pacientes nos contatos telefônicos que realizamos após seis meses foram: as dificuldades de lidar com os problemas do dia-a-dia, a ansiedade gerada por estes problemas e a depressão expressa por muitos como “perdi o gosto pela vida”.

Para finalizar a nossa discussão, vale a pena destacar o que já está bem descrito nas diretrizes para cessação do tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). A recaída é um fenômeno natural no ciclo de qualquer dependência. A maioria dos fumantes realiza de três a dez tentativas até obter a abstinência definitiva. Mudar temporariamente um comportamento indesejado é mais fácil do que manter essa mudança, adotada em longo prazo como estilo de vida. Trata-se de um processo contínuo e complexo, envolvendo fatores individuais, situacionais, fisiológicos e socioculturais, entre os quais se incluem o álcool, o ganho ponderal, a depressão, perdas afetivas, abstinência severa, etc. A depressão é uma das principais causas, pois, muitas vezes, é mascarada pelo uso do tabaco. A recaída é maior nos primeiros seis meses, com ou sem uso de medicamentos. A retomada do uso do tabaco é o último evento de uma longa série de respostas mal adaptadas a estímulos/fatores estressores, externos ou internos. A recaída pode não levar à completa retomada do uso do tabaco e pode resultar em nova busca de tratamento<sup>59</sup>.

Diante do exposto, é recomendável que os programas de tratamento de tabagismo priorizem o acompanhamento dos pacientes por, no mínimo, um ano após o início da abstinência. As sessões de manutenção devem reforçar o treinamento de habilidades para que os pacientes possam enfrentar situações que levem à recaída que, como podemos observar, é mais frequente do terceiro ao sexto mês após o paciente ter deixado de fumar.

## **Limitações do Estudo**

Nosso estudo apresenta algumas limitações tais como: este trabalho não foi delineado para avaliar a sintomatologia mais particularizada de cada uma das diferentes formas de manifestação dos transtornos de ansiedade e depressão. Não validamos a informação da abstinência informada pelos pacientes, por meio de material biológico ou da monitoração do monóxido de carbono no ar expirado. Apesar destes inconvenientes, acreditamos que este estudo pode contribuir para o conhecimento de indicadores de abstinência do tabaco em uma amostra de pacientes em tratamento de dependência de nicotina em centros de referência para o tratamento do tabagismo.

## **Implicações Clínicas**

Importância de se avaliar os níveis de ansiedade e depressão dos fumantes no início do tratamento.

Estabelecer estratégias de cuidado dos pacientes com ansiedade e depressão durante as sessões de manutenção da abstinência

## **Implicações para Pesquisa**

Novas pesquisas sobre este tema com a utilização de testes de *screeener* com avaliações clínicas dos transtornos de ansiedade e depressão bem como a confirmação da abstinência por meio de material biológico ou por meio de exames de monóxido de carbono, podem contribuir para uma melhor compreensão destas variáveis que estão envolvidas no processo de cessação do tabagismo.

## CONCLUSÃO

Nossa hipótese ao iniciar este trabalho era de que o grau de ansiedade e depressão dos fumantes interferia negativamente na motivação dos pacientes no processo de cessação do tabagismo. Nossos resultados apontaram outra direção, o grau de ansiedade e depressão não apresentou relação significativa com a motivação, mas apresentou uma importante relação no que diz respeito manutenção da abstinência.

Ao avaliar o grau de motivação, ansiedade e depressão encontramos motivação elevada em apenas metade dos pacientes, a ansiedade provável em mais de 30% da população e quase um quarto dos pacientes apresentou depressão provável.

Observamos que a motivação esteve relacionada de forma significativa com o gênero feminino, as mulheres são mais motivadas; com a convivência com fumantes de forma negativa, quem convive com fumantes é menos motivado, e com as tentativas prévias de parar de fumar, onde os mais motivados foram aqueles que tinham feito um maior número de tentativas prévias para parar de fumar.

A abstinência na quarta sessão foi relacionada com os pacientes com idade menor que 30 anos e com a carga tabágica abaixo de 30 maços-ano.

A motivação elevada mostrou-se associada com a abstinência na quarta sessão e após seis meses.

A abstinência após seis meses foi relacionada inversamente com o grau de dependência, o grau de ansiedade e depressão e com a convivência com fumantes.

Como sugestão deste trabalho, consideramos digno de nota a necessidade de um olhar atento dos profissionais que realizam atendimento para questões como: a motivação, o gênero, as tentativas em deixar de fumar, a convivência com fumantes, a carga tabágica, a presença de transtornos de ansiedade, depressão e a faixa etária em que os pacientes se encontram. Estes se mostraram como fatores importantes no processo de abstinência, tanto para o início do tratamento, quanto para manutenção da abstinência.

A relação entre os sintomas de ansiedade, depressão, grau de motivação e o consumo de cigarros é de importância científica e clínica considerável e outros trabalhos são necessários para melhor compreensão desta questão.

## REFERÊNCIAS

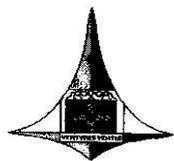
1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2009: Implementing Smoke-Free Environments. Geneva: WHO Press; 2009.
2. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJL, Ezzati M; Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*. 2005 Nov 19;366(9499):1784-93.
3. Doll R, Peto R, Borehan J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male british doctors. *Br Med J*. 2004;328:1519-28.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Tabagismo 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.
5. Instituto Nacional de Câncer; Organização Pan-Americana de Saúde. Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab: relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
6. Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo um grave problema de saúde pública. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
7. Hughes JR. Tobacco withdrawal in self-quitters. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60:689-97.
8. Haggatram FM, Chatkin JM. Dependência à nicotina. In: Viegas CAA. Tabagismo do diagnóstico à saúde pública. São Paulo: Ateneu; 2007. p. 185-96.
9. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. *Ann Rev Pharmacol Toxicol*. 1996;36:597-613.
10. Wonnacott S. Characterization of brain nicotine receptors site. In: Wonnacott S, Russel MAH, Stolerman PI, editores. *Nicotine Psychopharmacol*. Oxford (England): Oxford Universit Press; 1990. p. 226-39.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
12. Gigliotti A, Carneiro E, Ferreira M. Tratamento do tabagismo. In: Rangé B. *Psicoterapias cognitivo comportamental: um diálogo com a psiquiatria*. São Paulo: Ed. Artimed; 2001.
13. Meirelles RHS, Gonçalves CMC. Abordagem do fumante. In: Viegas CAA, editor. *Tabagismo do diagnóstico à saúde pública*. São Paulo: Ateneu; 2007.

14. U.S Departmente of Health and Human Services. Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
15. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72:1144-56.
16. Ratto LR, Menezes PR, Gulinelli A. Prevalence of tobacco use in individuals with severe mental illnesses, São Paulo, Brazil. *Rev saúde pública.* 2007;41:510-6.
17. Khara M, Okoli CTC. Smoking Cessation Outcomes among Individuals with Substance Use and/or Psychiatric Disorders. *J Addict Res Ther.* 2011;2:115.
18. Kandel DB, Davies M. Epidemiology of depressive mood in adolescents: an empirical study. *Arch Gen Psychiatry.* 1982;39:205-12.
19. Morrell HE, Cohen LM, al'Absi M. Physiological and psychological symptoms and predictors in early nicotine withdrawal. *Pharmacol Biochem Behav.* 2008;3:272-8.
20. Pedersen W, Soest VT. Smoking, nicotine dependence and mental health among young adults: a 13-year population-based longitudinal study. *Addiction.* 2009;104:129-37.
21. Minnix JA, Blalock JA, Marani S, Prokhorov AV, Cinciripini PM. Self-efficacy mediates the effect of depression on smoking susceptibility in adolescents. *Nicotine Tob Res.* 2011;13:699-705.
22. Holahan CK, Holahan CJ, Powers DA, Hayes RB, Marti CN, Ockene JK. Depressive symptoms and smoking in middle-aged and older women. *Nicotine Tob Res.* 2011;13:722-31.
23. Zvolensky MJ, Schmidt NB, McCreary BT. The impact of smoking on panic disorder: an initial investigation of a pathoplastic relationship. *J Anxiety Disord.* 2003;4:447-60.
24. McCabe RE, Chudzik S, Antony MM, Young L, Swinson RP, Zolvensky MJ. Smoking behaviors across anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2004;1:7-18.
25. Bejerot S, von Knorring L, Ekselius L. Personality traits and smoking in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry.* 2000;15:395-401.
26. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C, Silva AMC. Um estudo comparativo entre características de personalidade de universitários fumantes, ex-fumantes e não-fumantes. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul.* 2005;27(2):140-50.
27. Guimarães SS. Técnicas cognitivas e comportamentais. In: Bernardes R, editor. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.* São Paulo: Artmed; 2001.

28. Calheiros PRV, Oliveira MS, Andretta I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. *Rev. Aletheia*. 2006;23:65-74.
29. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract*. 1982;19(3):276-88.
30. Gigliotti A, Carneiro E, Ferreira M. Tratamento do tabagismo. In: Bernardes R, editor. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. São Paulo: Artmed; 2001. p. 361-64.
31. Pamplona P. Fumador internado? A intervenção apropriada. *Rev Port Pneumol*. 2007;8(6):801-26.
32. Echer IC, Barreto SSM. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. *Rev latino Americana enferm*. 2008;16(3):445-51.
33. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;67:361-70.
34. Marcolino JAM. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007;57:52-62.
35. Richmond R, Kehoe L, Webster I. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1999;88:1127-35.
36. Córdoba R. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. *Aten primaria*. 2000;25:32-6.
37. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação do português do Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância a nicotina em fumantes brasileiros. *RBM rev bras med*. 2002;59:73-80.
38. Herrera ECU, Sansores RH, Venegas AR, Guerra MM, Lara AGR, Barragán SAG, et al. Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud pública Méx*. 2010;52:120-8.
39. Martins KC. “Eu queria, mas não conseguia...” Aspectos relacionados à mudança de comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.
40. Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação Psicol*. 2006;10:91-9.
41. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FSS, Jardim JR. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2008;34(9):695-701.

42. Szklo AS, Otero UB. Perfil dos fumantes que não buscam tratamento para deixar de fumar; município do Rio de Janeiro. *Rev saúde pública*. 2008;42:139-42.
43. Gigliotti A, Laranjeira R. Hábitos, atitudes e crenças de fumantes em quatro capitais brasileiras. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2005 Mar;27(1):37-44.
44. Breitling LP, Rothenbacher D, Stegmaier C, Raum E, Brenner H. Older Smokers' Motivation and Attempts to Quit Smoking Epidemiological Insight into the Question of Lifestyle Versus Addiction. *Dtsch Arztebl Int*. 2009 Jul;106:451-5.
45. Souza EST, Crippa JAS, Pasian SR, Martinez JAB. Escala Razões para Fumar da Universidade de São Paulo: um novo instrumento para avaliar a motivação para fumar. *J Bras Pneumol*. 2010;36:768-78.
46. Kludt CJ, Perlmutter L. Effects of control and motivation on treatment outcome. *J Psychoactive Drugs*. 1999;31(4):405-14.
47. Sufuoglu M, Brown S, Babb DA, Hatsukami DK. Depressive symptoms modulate the subjective and physiological response to cocaine in humans. *Drug Alcohol Depend*. 2001;63(2):131-7.
48. Joe GW, Simpson DD, Broome KM. Retention and patient engagement models for different treatment modalities in Datas. *Drug Alcohol Depend*. 1999;57:113-25.
49. Nwakeze PC, Magura S, Rosenblum A. Drug problem recognition, desire for help and treatment readiness in a soup kitchen population. *Subst Use Misuse*. 2002;37:291-312.
50. Orsi MM, Oliveira MS. Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. *Estud Psicol*. 2006;23:3-12.
51. Westmaas JL, Bontemps JJ, Bauer JE. Social support in smoking cessation: Reconciling theory and evidence. *Nicotine Tob Res*. 2010 Jul;12:695-707.
52. Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respir Med*. 2008 Jan;102:1182-92.
53. Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE, Spring B, Niaura R. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:657-63.
54. Alexis CE, Kenneth SK. Nicotine Withdrawal-Induced Negative Affect Is a Function of Nicotine Dependence and Not Liability to Depression or Anxiety. *Nicotine Tob Res*. 2011;13:677-85.
55. Pipe ME, Cook JW, Schlam TR, Jorenby DE, Baker TB. Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment: relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment. *Addiction*. 2011 Feb;106 (2);418-27.

56. Goodwin RD, Lavoie KL, Lemeshow AR, Jenkins E, Brown S, Fedoronko DA. Depression, Anxiety, and COPD: The Unexamined Role of Nicotine Dependence. *Nicotine Tob Res.* 2012 Feb;2:176-83.
57. Ferguson JA, Patten CA, Schroeder DR, Offord KP, Eberman KM, Hurt RD. Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addict Behav.* 2003 Set;28(7):1203-18.
58. Calheiros PRV. Avaliação da efetividade do tratamento da dependência da nicotina. [tese]. Rio Grande do Sul: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007.
59. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2008;34:845-80.

**ANEXOS****ANEXO A – Protocolo de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa**

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**PARECER Nº 256/2009**

**PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 243/09 – Análise da correlação entre a motivação para deixar de fumar e o grau de ansiedade e depressão**



## ANEXO B – Testes de Fagerstrom, teste de Richmond, Escala de Ansiedade e Depressão



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO E SAÚDE  
GERÊNCIA DE CÂNCER NÚCLEO DE  
PREVENÇÃO  
PROGRAMA DE TABAGISMO**

### TESTE DE FARGERSTRÖM

**1) Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?**

- ( ) Dentro de 5 minutos = 3  
 ( ) Entre 6-30 minutos = 2  
 ( ) Entre 31-60 minutos = 1  
 ( ) Após 60 minutos = 0

**2) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, cinemas, ônibus, etc?**

- ( ) Sim = 1  
 ( ) Não = 0

**3) Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?**

- ( ) O primeiro da manhã = 1  
 ( ) Outros = 0

**4) Quantos cigarros você fuma por dia?**

- ( ) Menos de 10 = 0  
 ( ) De 11 a 20 = 1  
 ( ) De 21 a 30 = 2  
 ( ) Mais de 31 = 3

**5) Você fuma mais frequentemente pela manhã?**

- ( ) Sim = 1  
 ( ) Não = 0

**6) Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama?**

- ( ) Sim = 1  
 ( ) Não = 0

**Total de pontos** \_\_\_\_\_

**Grau de Dependência:**

- 0 - 2 pontos = muito baixo**  
**3 - 4 pontos = baixo**  
**5 pontos = médio**  
**6 - 7 pontos = elevado**  
**8 - 10 pontos = muito elevado**

NOME: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### TESTE DE RICHMOND

**1. Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer com facilidade?**

- ( ) Sim ( ) Não.

**2. Quantifique o seu interesse em deixar de fumar:**

- ( ) Não tenho interesse ( ) Pouco

- ( ) Moderado ( ) Intenso.

**3. Vai tentar deixar de fumar nas duas próximas semanas?**

- ( ) Não ( ) Talvez não

- ( ) Talvez sim ( ) Sim.

**4. Qual a sua possibilidade de ser ex-fumante nos próximos 6 meses?**

- ( ) Não com certeza ( ) Talvez não

- ( ) Talvez sim ( ) Sim com certeza.

**TOTAL:** \_\_\_\_\_

**0-6 – Baixa 7-9 – Moderada 10- Elevado**

### AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – ESCALA HAD

**1. Eu me sinto tensa (o) ou contrariada(o).**

- ( ) À maior parte do tempo  
 ( ) Boa parte do tempo  
 ( ) De vez em quando  
 ( ) Nunca.

**2. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes.**

- ( ) Sim, do mesmo jeito que antes

- ( ) Não tanto quanto antes  
 ( ) Só um pouco  
 ( ) Já não sinto mais prazer em nada.
- 3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer.**
- ( ) Sim, e de um jeito muito forte  
 ( ) Sim, mas não tão forte  
 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa.  
 ( ) Não sinto nada disso.
- 4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas.**
- ( ) Do jeito de antes  
 ( ) Atualmente um pouco menos  
 ( ) Atualmente bem menos  
 ( ) Não consigo mais.
- 5. Estou com a cabeça cheia de preocupações.**
- ( ) À maior parte do tempo  
 ( ) Boa parte do tempo  
 ( ) De vez em quando  
 ( ) Raramente.
- 6. Eu me sinto alegre.**
- ( ) Nunca  
 ( ) De vez em quando  
 ( ) Boa parte do tempo  
 ( ) À maior parte do tempo.
- 7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado.**
- ( ) Sim, quase sempre  
 ( ) Muitas vezes  
 ( ) Poucas vezes  
 ( ) Nunca.
- 8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer as coisas.**
- ( ) À maior parte do tempo  
 ( ) Boa parte do tempo  
 ( ) De vez em quando  
 ( ) Nunca.
- 9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago.**
- ( ) Nunca  
 ( ) De vez em quando  
 ( ) Boa parte do tempo
- ( ) À maior parte do tempo.
- 10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência.**
- ( ) Completamente  
 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria  
 ( ) Talvez não tanto como antes  
 ( ) Me cuido do mesmo jeito de antes.
- 11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em nenhum lugar.**
- ( ) Sim, demais  
 ( ) Bastante  
 ( ) Um pouco  
 ( ) Não me sinto assim.
- 12. Fico animada (o) esperando as coisas boas que estão por vir.**
- ( ) Do mesmo jeito de antes  
 ( ) Um pouco menos que antes  
 ( ) Bem menos do que antes  
 ( ) Quase nunca.
- 13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico.**
- ( ) A quase todo momento  
 ( ) Várias vezes  
 ( ) De vez em quando  
 ( ) Não sinto isso.
- 14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa.**
- ( ) À maior parte do tempo  
 ( ) Boa parte do tempo  
 ( ) De vez em quando  
 ( ) Nunca.
- Escala de Ansiedade:** \_\_\_\_\_
- Escala de Depressão:** \_\_\_\_\_
- 0 – 07 pontos:** Improvável  
**8 – 11 pontos:** Possível  
**12 – 21 pontos:** Provável.
- Paciente encaminhado à psiquiatria?**
- ( ) Sim ( ) Não

## ANEXO C – Ficha Clínica do Ambulatório de Tabagismo



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
 Núcleo de Prevenção/GEC/DIASE/SES-DF

FICHA CLÍNICA  
 AMBULATÓRIO DE TABAGISMO

Unidade de Saúde	CNS	Naturalidade	Iniciais	Dia	Mês	Ano	Sexo
							1-M 2-F
NOME:							

Idade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____ Profissão: _____ e-mail: _____
Empregado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Mercado Informal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - <input type="checkbox"/> Aposentado - Renda: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Telefones: _____ Escolaridade: <input type="checkbox"/> não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Superior
Nº de derivado do tabaco ao dia: _____ Marca: _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Charuto <input type="checkbox"/> Cachimbo <input type="checkbox"/> Outros
Associação com outros tipos de drogas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Qual? _____ Idade de início do tabagismo: _____ Motivos: _____
Convivência com fumantes? <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros: _____
<b>Principais “efeitos gatilhos” para acender cigarro:</b> <input type="checkbox"/> após o café <input type="checkbox"/> após as refeições <input type="checkbox"/> Solidão <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Nervosismo <input type="checkbox"/> Estresse <input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Alimentos doces <input type="checkbox"/> Outros: _____
Motivação para deixar o fumo: <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Pressão Social <input type="checkbox"/> Pressão Familiar <input type="checkbox"/> Outros _____
Doenças Crônicas: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Crise Convulsiva <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Doenças Respiratórias <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Hipotíroidismo <input type="checkbox"/> Hipertíroidismo <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Outros: _____
Faz uso de medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Quais: _____
Já tentou parar de fumar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Número de tentativas: ____ Quanto tempo sem fumar? ____
Rede de apoio para cessação: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Religião <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Colegas de Trabalho <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outros: _____
Participa de atividades na comunidade? <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Atividade Física <input type="checkbox"/> Atividade Religiosa <input type="checkbox"/> Lazer <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Nenhum
Observações:  _____  _____

Data: ____/____/____	Carimbo e assinatura do profissional:
-------------------------	---------------------------------------

**ANEXO D – Ficha clínica do Ambulatório de Tabagismo (atual padronizada)**

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
 Núcleo de Prevenção/GEC/DIASE/SES-DF

FICHA CLÍNICA  
 AMBULATÓRIO DE TABAGISMO

Unidade de Saúde	CNS	Naturalidade	Iniciais	Dia	Mês	Ano	Sexo
							1-M 2-F
NOME:							
Idade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____ Profissão: _____							
e-mail: _____							
Empregado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Mercado Informal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - <input type="checkbox"/> Aposentado - Renda: _____							
Endereço: _____							
Cidade: _____ Telefones: _____							
Escolaridade: <input type="checkbox"/> não alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Superior							
Nº de derivado do tabaco ao dia: _____ Marca: _____							
Tipo: <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Charuto <input type="checkbox"/> Cachimbo <input type="checkbox"/> Outros							
Associação com outros tipos de drogas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Qual? _____							
Idade de início do tabagismo: _____ Motivos: _____							
Convivência com fumantes? <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros: _____							
<b>Principais “efeitos gatilhos” para acender cigarro:</b> <input type="checkbox"/> após o café <input type="checkbox"/> após as refeições <input type="checkbox"/> Solidão <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Nervosismo <input type="checkbox"/> Estresse <input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Alimentos doces <input type="checkbox"/> Outros: _____							
Motivação para deixar o fumo: <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Pressão Social <input type="checkbox"/> Pressão Familiar <input type="checkbox"/> Outros: _____							
Doenças Crônicas: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Crise Convulsiva/Epilepsia <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Doenças Respiratórias <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Hipotíroidismo <input type="checkbox"/> Hipertíroidismo <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> TCE <input type="checkbox"/> TAG <input type="checkbox"/> Outros: _____							
Faz uso de medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Quais: _____							
Já tentou parar de fumar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Número de tentativas: _____ Quanto tempo sem fumar? _____							
Rede de apoio para cessação: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Religião <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Colegas de Trabalho <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outros: _____							
Participa de atividades na comunidade? <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Atividade Física <input type="checkbox"/> Atividade Religiosa <input type="checkbox"/> Lazer <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Nenhum							
Como soube do Programa? <input type="checkbox"/> Mídia <input type="checkbox"/> Eventos <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> telefone <input type="checkbox"/> Pacientes <input type="checkbox"/> Prof. Saúde							
Observações:							

Data: ____/____/____	Carimbo e assinatura do profissional:



20. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em nenhum lugar.

- ( ) Sim, demais = 3  
 ( ) Bastante = 2  
 ( ) Um pouco = 1  
 ( ) Não me sinto assim = 0

21. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico.

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

Escala de Ansiedade: \_\_\_\_\_

0 – 07 pontos: Improvável

8 – 11 pontos: Possível

12 – 21 pontos: Provável.

#### AVALIAÇÃO II

1. No último mês você sentiu

b 1 ( ) tristeza ( ) perda do interesse e prazer ( ) Energia reduzida ou grande cansaço

b 2 ( ) Concentração e atenção reduzida ( ) auto estima e auto confiança reduzida  
 ( ) Sentimento de culpa e inutilidade ( ) Pessimista ou deslocado  
 ( ) Idéias ou atitudes auto-lesivas ou de suicídio ( ) Sono alterado  
 ( ) apetite diminuído ( ) Inquietação

Depressão leve - dois sintomas b.1 e dois sintomas b.2 . Além disso, o paciente apresenta dificuldade com o trabalho do dia-a-dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções.

Depressão moderada – dois sintomas b.1 três sintomas b.2. Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com atividades sociais, laboráveis ou domésticas

Depressão grave – Critério de dependência moderada, mais angústia ou agitação considerável.

Perda da auto-estima, sentimento de inutilidade ou culpa e suicídio é um perigo marcante

Utilizou algum medicamento para deixar de fumar? ( ) Sim ( ) Não  
 QUAIS?  Bupropiona  Goma  Pastilha – Adesivos:  21mg  14mg  
 7mg  outros

#### ACOMPANHAMENTO EM GRUPO

1ª Sessão - DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ PROFISSIONAL:


2ª Sessão - DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ PROFISSIONAL:


3ª Sessão - DATA ___/___/___ PROFISSIONAL:
4ª Sessão - DATA ___/___/___ PROFISSIONAL:
MANUTENÇÃO
Sessão de Manutenção - DATA ___/___/___ PROFISSIONAL:
Sessão de Manutenção - DATA ___/___/___ PROFISSIONAL:
Sessão de Manutenção - DATA ___/___/___ PROFISSIONAL:

**ANEXO E – Artigo Publicado na Revista Brasileira de Cancerologia**  
**v.57 n.3 2011**

Artigo Original  
Ansiedade, Depressão e Motivação em Fumantes  
Artigo submetido em 28/2/11; aceito para publicação em 25/5/11

**Avaliação do Grau de Ansiedade, Depressão e Motivação dos Fumantes que Procuraram Tratamento para Deixar de Fumar no Distrito Federal**

*Evaluation of the Level of Anxiety, Depression and Motivation of Smokers Seeking*



Lima MS, Viegas CAA

## INTRODUÇÃO

Apesar de bastante reconhecidos os efeitos nocivos do uso do tabaco, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), no Brasil, em 2008, o percentual de fumantes foi de 17,5% entre pessoas de 15 anos ou mais, o que correspondia ao contingente de 25 milhões de pessoas.

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencheram uma ficha clínica quando ingressaram no programa de cessação tabágica.

As informações sobre os graus de ansiedade e depressão foram medidas com a Escala (HADS) *Hospital Anxiety and Depression Scale*. Para cada item, pode ser conferido 0, 1, 2 ou 3 pontos, em que questões ímpares avaliam o

**Tabela 1.** Distribuição da população em relação às variáveis sociodemográficas e econômicas

Lima MS, Viegas CAA

Tabela 2. Nível de depressão em relação às variáveis sociodemográficas

		Escala de depressão (HAD)			Total	Teste Qui-quadrado (p-valor)
		Improvável	Possível	Provável		
		n	n	n		
Sexo	Masculino	248	108	60	416	0,000
	Feminino	334	237	213	784	
	<b>Total</b>	<b>582</b>	<b>345</b>	<b>273</b>	<b>1.200</b>	
	Menos de 30 anos	85	47	30	162	
	31 a 40 anos	104	89	52	245	
	41 a 50					

Tabela 3. Nível de ansiedade em relação às variáveis sociodemográficas

		Escala de ansiedade (HAD)			Total n	Teste Qui- quadrado (p-valor)
		Improvável n	Possível n	Provável n		
Sexo	Masculino	192	130	93	415	0,000
	Feminino	192	268	327	787	
	<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>398</b>	<b>420</b>	<b>1.202</b>	
Faixa etária	Menos de 30 anos	54	59	50	163	
	31 a 40 anos	67	76	102	245	
	41 a 50 anos	124	146	152	422	

Lima MS, Viegas CAA

Tabela 4. Nível de ansiedade em relação às variáveis sociodemográficas

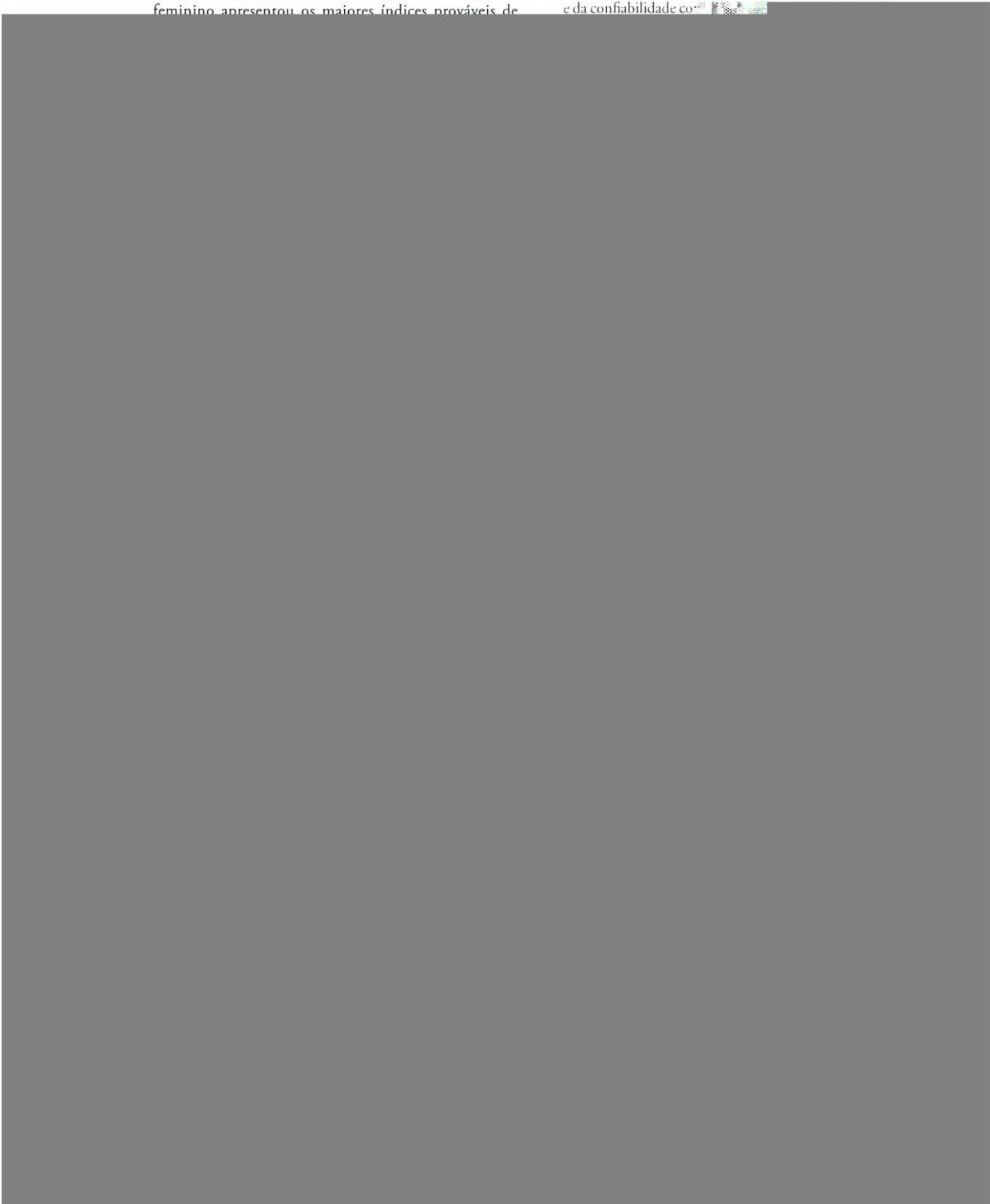
	Motivação (Teste de Richmond)	Teste Qui
[Redacted content]		

mulheres estarem mais motivadas a parar de fumar do que a presença de depressão em 31,3% dos fumantes de mais

Lima MS, Viegas CAA

altamente motivados para deixar de fumar. O gênero feminino apresentou os maiores índices prováveis de

de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade co-



**Abstract**

**Introduction:** Anxiety, depression and low motivation can interfere with successful treatment of smoking. **Objective:** To evaluate the level of anxiety, depression and motivation of smokers enrolled in cessation programs in the Federal