

ALCIDES PRANTE JUNIOR

INTERVENÇÃO PARA O ABANDONO DO FUMO

Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre.
Curso de Pós-Graduação em Medicina
Interna, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Werneck Lopes

CURITIBA
1996

*A meus pais ALCIDES e ISOLDA,
À minha esposa NÚRIA,
A meus filhos GABRIEL e CRISTIANA,*

dedico.

*Se não houver frutos, valeu a beleza das flores.
Se não houver flores, valeu a sombra das folhas.
Se não houver folhas, valeu a intenção da semente...*

Henfil

AGRADECIMENTOS

À PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, minha instituição de origem.

Ao Departamento de Estradas de Rodagem - PR (DER-PR), na pessoa do Sr. DJALMA SILVA, Chefe do Setor de Saúde e Assistência Social.

Às Assistentes Sociais MARA G. MADUREIRA, VERA BARRETO e CÉLIA GUIMARÃES do DER-PR.

Ao Professor Doutor ROBERTO PIRAJÁ M. ARAÚJO, Coordenador do Curso de Mestrado em Medicina Interna da UFPR.

Ao Professor Doutor PAULO AFONSO BRACARENSE COSTA, pelo estudo estatístico.

À MARIA ISABEL SCHIAVON KINASZ, pela normalização e arte final.

*Ao Professor Doutor REGINALDO WERNECK LOPES, meu orientador;
"...situar as questões em seu plano relativo de frequência clínica, os homens que as fizeram progredir em seu justo lugar, os sintomas na escala de seu valor, os tratamentos na sua atual posição de eficácia". (E. Forgue)*

*Ao Professor Doutor JOÃO ALCEU
TITTON, meu co-orientador;*

*"Os grandes homens não veneram a influência de
seus antecessores e por isto conseguem corrigir
erros e contribuir com novas idéias". (Cl. Bernard)*

*Ao Professor Doutor JOÃO
MANUEL CARDOSO MARTINS, mestre e
conselheiro;*

*"A arte do médico lhe é única e sua ciência,
universal". (Cl. Bernard)*

*À Professora Doutora JANDIRA
MASUR (in memoriam);*

*"Desenvolver a curiosidade, a atenção, o espírito
de observação, a alegria de conhecer". (E. Fogue)*

*Ao MARINO DE OLIVEIRA,
amigo e companheiro nesta jornada;
"...cordialidade, interesse pelo outro, constância,
firmeza, boa comunicação, capacidade de
adaptação e flexibilidade". (Blume)*

SUMÁRIO

	LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS	<i>vii</i>
	LISTA DE TABELAS	<i>viii</i>
	RESUMO	<i>xi</i>
	ABSTRACT	<i>xii</i>
1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	2
3	REVISÃO DA LITERATURA	3
4	HISTÓRICO	9
5	MÉTODOS PARA SE DEIXAR DE FUMAR	21
6	CASUÍSTICA E MÉTODOS	36
7	ANÁLISE ESTATÍSTICA	62
8	RESULTADOS E SUA DISCUSSÃO	67
8.1	ADESÃO AO PROGRAMA	67
8.2	EFICÁCIA DO PROGRAMA	77
8.3	AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	87
9	DISCUSSÃO	96
10	CONCLUSÕES	117

ANEXO 1 - AVALIAÇÃO DO PACIENTE	118
ANEXO 2 - SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	123
ANEXO 3 - RESUMO DOS ESCORES PARA AS PERGUNTAS DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	126
ANEXO 4 - BANCO DE DADOS	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AEM	Avaliação do Estágio Motivacional (de mudança de hábito)
C	Contemplação (estágio de)
CC	Contemplação Crônica (estágio de)
[CO]	Concentração de monóxido de carbono no ar pulmonar exalado
DSM III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. rev.
PA	Preparado para a Ação (estágio de)
PC	Pré-Contemplação (estágio de)
ppm	partículas por milhão
QTF	Questionário de Tolerância de Fagerström
PAAF	Programa de Avaliação e Atendimento ao Fumante
STT	Sistema Terapêutico Transdérmico (de liberação de nicotina)

LISTA DE TABELAS

1	ADESÃO AO PROGRAMA: MOTIVOS ATRIBUÍDOS PELOS PACIENTES PARA NÃO INÍCIO OU DESISTÊNCIA DO PROGRAMA.....	67
2	AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO MOTIVACIONAL (AEM) ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA.....	68
3	AVALIAÇÃO DA IDADE ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA	68
4	AVALIAÇÃO DOS PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA SEGUNDO O SEXO	69
5	AVALIAÇÃO DA ESCOLARIDADE ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA	70
6	AVALIAÇÃO QUANTO A TENTATIVAS ANTERIORES DE PARAR DE FUMAR ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA.....	70
7	AVALIAÇÃO QUANTO A PRESENÇA DE OUTROS FUMANTES EM CASA ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA.....	71
8	AVALIAÇÃO QUANTO A PRESENÇA DE PROBLEMAS ORGÂNICOS ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA.....	72
9	AVALIAÇÃO QUANTO À MÉDIA DO QTF ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA.....	72
10	AVALIAÇÃO QUANTO À MÉDIA DO D.S.M. III-R ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA.....	73
11	CORRELAÇÃO ENTRE O QTF E O D.S.M. III-R	74
12	AVALIAÇÃO QUANTO À MÉDIA DE CIGARROS FUMADOS POR DIA ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA.....	74
13	AVALIAÇÃO QUANTO À MÉDIA DE [CO] PRÉ-INTERVENÇÃO ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA.....	75

14	AVALIAÇÃO QUANTO À CONDIÇÃO DE ESTAR OU NÃO FUMANDO ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA.....	77
15	AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO MOTIVACIONAL ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES.....	78
16	AVALIAÇÃO DA MÉDIA DE IDADE ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES.....	79
17	AVALIAÇÃO QUANTO AO SEXO ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES	79
18	AVALIAÇÃO QUANTO A TENTATIVAS ANTERIORES DE PARAR DE FUMAR ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES	80
19	AVALIAÇÃO QUANTO A PRESENÇA DE FUMANTES EM CASA ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES	81
20	AVALIAÇÃO QUANTO A PRESENÇA DE PROBLEMAS ORGÂNICOS ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES	81
21	AVALIAÇÃO DA MÉDIA DO QTF ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES	82
22	AVALIAÇÃO DA MÉDIA DO D.S.M. III-R ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES.....	82
23	AVALIAÇÃO QUANTO À MÉDIA DO NÚMERO DE CIGARROS FUMADOS POR DIA ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES.....	83
24	AVALIAÇÃO QUANTO AO USO DO STT ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES.....	84
25	AVALIAÇÃO QUANTO AO TEMPO DE USO PRESCRITO ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES.....	84
26	AVALIAÇÃO DA [CO] PRÉ-INTERVENÇÃO ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES.....	85
27	AVALIAÇÃO DA [CO] PÓS-INTERVENÇÃO ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES.....	86
28	MOTIVO PELO QUAL O OBJETIVO NÃO FOI ALCANÇADO.....	87
29	ASPECTOS POSITIVOS DO PROGRAMA	87

30	ASPECTOS NEGATIVOS DO PROGRAMA.....	88
31	SUGESTÕES PARA MELHORAR O PROGRAMA.....	88
32	AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE CONSULTA MÉDICA INDIVIDUAL ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR.....	89
33	AVALIAÇÃO DA [CO] NO AR EXALADO ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR.....	89
34	AVALIAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES A SEREM IMPLEMENTADAS ATÉ O DIA "D" ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR.....	90
35	AVALIAÇÃO DAS TAREFAS DE PERCEPÇÃO DO FUMAR ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR ...	90
36	AVALIAÇÃO DOS COMPROMISSOS ASSUMIDOS ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR ...	91
37	AVALIAÇÃO DO APOIO DO GRUPO ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR.....	91
38	AVALIAÇÃO DO QUANTO O "MEU" FUMAR ME AFETA FISICAMENTE, ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR.....	92
39	AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO CONSULTOR ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR ...	92
40	AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR.....	93
41	AVALIAÇÃO DO "HABILITAR-ME QUANTO AOS MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO" ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR.....	93
42	AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM QUANTO À OCORRÊNCIA DE LAPSOS ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR.....	94
43	AVALIAÇÃO DO USO DA NICOTINA DE SUBSTITUIÇÃO ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR ...	94
44	AVALIAÇÃO DO MATERIAL DE APOIO ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR.....	95
45	AVALIAÇÃO DO PROGRAMA COMO "UM TODO" ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR ...	95

RESUMO

As razões que nos levaram a testar um programa estruturado para a abordagem terapêutica de fumantes via um médico internista e consultor em dependência química foram: 1) o tabagismo é a mais devastadora e amplamente difundida forma de dependência química; 2) os profissionais das áreas de psicologia e psiquiatria são os que habitualmente abordam estas questões; 3) os índices de recaída são elevados para fumantes que implementam o parar de fumar. Foram estudados 113 pacientes. Ao término de seis meses do programa, foi realizada avaliação quanto: a adesão ao programa, a eficácia do programa e a opinião dos participantes quanto aos conteúdos do programa e quanto estes lhes foram de valia. Quanto a adesão ao programa foi verificado ser importante a avaliação do estágio motivacional do paciente para a mudança, uma vez que houve diferença significativa entre a percentagem de pacientes "preparados para a ação" e que completaram o programa em relação ao grupo que não o completou. A idade, o sexo e a escolaridade também influenciaram na adesão, sendo os pacientes mais velhos, do sexo feminino e com maior escolaridade os que em maior percentual completaram o programa. Por outro lado a adesão ao programa foi menor entre os pacientes que conviviam com fumantes no domicílio e apresentavam média maior de cigarros fumados por dia. A eficácia do programa foi demonstrada com a seguinte avaliação aos seis meses: 40,5% dos pacientes que completaram o programa e 94% dos que não o completaram, continuavam fumando ($p < 0,0001$). Assim, além de completarem o programa, nenhum outro aspecto foi determinante quanto ao abandono do fumo. A opinião dos participantes sobre o programa foi obtida aos seis meses, pela resposta a perguntas abertas ou não, àqueles que permaneceram sem fumar ou persistiram. Numa escala de avaliação em que se solicitou a cada paciente aferir quão foram úteis as intervenções (a utilidade das intervenções variavam do valor 1, considerado não útil, até o valor 10, considerado de grande utilidade), na avaliação do programa como um todo, o escore do grupo que parou de fumar foi 9,40 e de 9,14 no grupo que não parou, não tendo havido diferença estatisticamente significativa. A homogeneidade das respostas foi indicativa de confiança na avaliação feita. O programa aqui exposto mostrou resultados superiores quando comparado a outros programas tradicionais, abrindo um amplo campo de aplicabilidade para profissionais de diversos setores da área da saúde.

ABSTRACT

The reasons which have motivated us to test a scheduled program to an therapeutical approach to smokers using a general practitioner and a chemical dependence consultant were: 1) smoking is the most dangerous and disseminated chemical dependence; 2) chemical dependence is generally only approached by psychologists and psychiatrists; 3) relapse rates are very high for those who quit smoking. There were studied 113 patients. Besides following the participants for six months, there was an evaluation of factors related to: the adhesion to the program, the program's efficacy and the participants' opinion about program's content and usefulness. About the adhesion to the program, an evaluation of the patients' motivation level was found to be important, since the percentage of patients "ready for action" was significantly higher among those which have completed the program in comparison with those which have not. Age, sex and scholarity have also influenced adhesion, being older subjects, female and patients with higher scholarity the highest percentage of those which have completed the program. On the other hand, adhesion to the program was lower among patients who lived together with smokers and among people who smoked a higher average number of daily cigarettes. The program's efficacy was shown in the six-month evaluation: 40.5% of the patients which have completed the program and 94% of those which have not, persisted in smoking ($p < 0.0001$). Apart from completing the program, no other factor was seen to be determinant to those which had quitted the smoking habit. The participants' opinion about the program was taken through open questions or not, made after six months after the end of the program, to those which still smoked and to those which had quitted. In an evaluation scale in which each patient was asked to measure how usefull the interventions were (usefulness would range from value 1, given to an useless aspect, up to value 10, conferred to a highly usefull intervention), evaluation of the program as a whole was considered to be 9.4 in the group which quitted smoking and 9.14 in the one which did not, a non statistically significant difference. The homogeneity of the answers suggests a high degree of reliance of the evaluation. The anti-smoking program here presented exhibited superior results in comparison with other traditional programs, opening an extensive field of aplicability for professionals of various specialties in the Public Health System.

1 INTRODUÇÃO

Relatos de programas para parar de fumar tem mostrado índices de até 100% de sucesso ao término dos mesmos, mas a recaída na avaliação de seis meses ocorre em 75 a 80% das vezes. Os índices de recaída elevam-se sobretudo nos três primeiros meses, havendo insucesso na manutenção da abstinência a longo prazo. (MARLATT e GORDON, 1993).

PROCHASKA, DICLEMENTE, VELICER et al. (1990) afirmam que os próprios médicos, ao adquirirem mesmo um moderado aperfeiçoamento em suas habilidades em auxiliar pessoas a parar de fumar, poderão prolongar e melhorar milhões de vidas. Qual seria, nesta perspectiva, o efeito da aplicação de um método que contemple ao mesmo tempo o objetivo de se alcançar a abstinência e mantê-la, desenvolvido por profissionais da saúde não necessariamente vinculados à psiquiatria e psicologia, que tradicionalmente abordam questões de dependências químicas?

2 OBJETIVOS

1. Adaptar à nossa realidade um programa de avaliação e de abandono do fumo.
2. Aplicar o programa a uma determinada população.
3. Avaliar sua exequibilidade.
4. Aferir sua eficácia.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O tabagismo constitui-se hoje em dia na principal causa de morte prevenível no mundo. (BELO, 1991). No Ocidente é, isoladamente, a principal causa de doença e morte (ACHUTTI, MIRRA, BLUNDI et al., 1987). Nas Américas, os problemas de saúde relacionados ao consumo de tabaco causam mais de meio milhão de mortes prematuras a cada ano, sendo que os encargos decorrentes de doenças, perda de produtividade e utilização de serviços de saúde, são de difícil mensuração. Na América Latina e Caribe, o impacto econômico decorrente do tabagismo tem aumentado. (TABAQUISMO y Salud en Las Americas, 1992). No Brasil, cerca de 32,6% da população adulta fuma, sendo que os maiores percentuais de fumantes, 42%, encontram-se na Região Sul. (COSTA e SILVA, ABREU e CAMPOS, 1992).

Nos países desenvolvidos, as doenças tabaco-relacionadas matam anualmente dois milhões de pessoas e, caso os padrões atuais de uso de cigarros continuem, este número passará a três milhões de mortes por volta do ano 2025. No entanto, nos países em desenvolvimento, o número de mortes a cada ano irá da casa de um milhão em 1995 a sete milhões em 2025, num total de dez milhões de mortes no mundo, decorrentes do tabagismo, dentro de 30 anos. (PETO, 1994).

Fumo e cigarro, serão neste texto, entendidos como sinônimo de fumaça de tabaco e tabaco, intercambiavelmente.

Estes números nos mostram a dimensão das conseqüências do fumar no indivíduo. No entanto, o malefício corresponde a apenas uma de três vertentes maiores, quando tratamos da questão das conseqüências adversas do fumo de cigarros. Neste enfoque, na literatura norte-americana, o fumar é responsável por aproximadamente um terço de todas as mortes por câncer, incluindo 78% dos cânceres de traquéia, pulmões e brônquios, 77% de laringe, 63% dos lábios, cavidade oral e faringe, 58% do esôfago, 37% da cérvix, 35% da bexiga, 25% do pâncreas, 21% dos rins e 21% do estômago. O fumar também é responsável por aproximadamente 30% das mortes por doenças cardiovasculares, incluindo 59% por ruptura de aneurisma aórtico, 37% por parada cardíaca, 29% por arterioesclerose, 20% por doença isquêmica do coração, 15% por hipertensão arterial sistêmica e 12% das mortes por doenças cérebro-vasculares. Também tem sido reconhecido como responsável por 80% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica e 46% das mortes por doença ulcerosa péptica. Finalmente, o fumar materno, na literatura referida, tem sido reconhecido como a principal causa de morte pediátrica resultante de baixo peso ao nascer, parto prematuro, síndrome de angústia respiratória do recém-nado e síndrome da morte súbita infantil. (FIORE, PIERCE, REMINGTON et al, 1992).

Ao considerarmos os reflexos do fumar em terceiros, ressalta-se que sobretudo a partir da última década surgiu um crescente número de publicações referentes ao fumante passivo, condição em que um não fumante é involuntariamente exposto aos

produtos da combustão do tabaco. (ACTION on smoking and health. The effects of involuntary smoking in general, 1994). O peso das evidências atualmente indica o quanto o fumar passivo pode ser prejudicial. Até há pouco pensava-se que a fumaça ambiental do tabaco era apenas algo que eventualmente irritava os olhos e impregnava cabelos e roupas. No entanto, a Agência Norte-Americana de Proteção Ambiental confirma que essa fumaça deve ser reconhecida como carcinógeno pulmonar, responsável por aproximadamente 3 mil mortes por câncer de pulmões anualmente nos Estados Unidos, em não fumantes. (RESPIRATORY Health Effects of Passive Smoking, 1992). Em crianças, a exposição a essa fumaça, se associa ao aumento do risco de infecções do trato respiratório inferior, como bronquite e pneumonia. Além disso, aumento na prevalência de otite serosa, sintomas de irritação do trato respiratório superior e uma pequena mas significativa redução da função pulmonar. Em crianças com asma, associa-se com episódios adicionais e aumento da severidade de sintomas, sendo, ademais, fator de risco para novos casos de asma em pacientes que não haviam ainda apresentado sintomas. (BYRD, 1992).

As informações que relacionam a fumaça ambiental dos cigarros às doenças cardíacas têm sido menos profusas do que as referentes ao câncer do pulmão. Este padrão é semelhante à evolução dos dados acerca do tabagismo ativo. Já que a cardiopatia isquêmica é muito mais prevalente do que o câncer do pulmão, a associação comprovada entre tabagismo passivo e

aquela, teria um impacto público mais amplo. De fato, estudo publicado no Journal of American College of Cardiology em agosto de 1993 citado por ACTION on smoking and health, mostra que o fumar passivo leva a aproximadamente 47 mil mortes por doença cardíaca por ano, e aproximadamente a três vezes mais esse número em eventos cardíacos não fatais. Há que citar-se no contingente de fumantes passivos a piora de condições alérgicas, pulmonares e cardíacas pré-existentes. O terceiro aspecto relevante diz respeito aos danos causados pelo fumo ao meio ambiente. Entre eles, cita-se o desmatamento, realizado com duas finalidades: limpar a terra para o plantio do fumo e produzir lenha para os fornos que curam as folhas do tabaco. No plantio, são empregados fertilizantes químicos e agrotóxicos em grandes quantidades, causando doenças ao agricultor. Esses produtos causam também malefícios aos fumantes e não fumantes expostos à fumaça do cigarro, pois os cigarros contém resíduos dos mesmos. Um outro problema do plantio é a depleção do solo, mais intensa no caso do tabaco do que em outras culturas. (TRINTA E UM de maio, 1995). Os incêndios, também entram como perdas ambientais graves. (COSTA e SILVA, ABREU e CAMPOS, 1992; TABAGISMO e meio ambiente, 1992).

Este panorama deixa perceber que o fumar alcança, de forma deletéria, o fumante, seus circunstantes e o meio ambiente. Na casuística abaixo apresentada, todos os fumantes utilizavam-se de cigarros, no entanto o tabaco em todas as suas formas - cigarro, cachimbo, charuto, rapé, cigarro de palha,

fumo de rolo mascado - é maléfico à saúde, sendo que sem discrepâncias, em todos os estudos, os cigarros oferecem maiores riscos que o charuto e o cachimbo, sendo estes no entanto, sempre superiores ao dos abstêmios. (COSTA e SILVA, ABREU e CAMPOS, 1992; ROSEMBERG, 1987).

Feitas as considerações relativas aos riscos de fumar, ressalta-se que o parar de fumar carrega consigo imediatos benefícios à saúde como um todo, representando, isoladamente, o passo mais importante que fumantes podem dar para assegurar a longevidade e qualidade de vida. (U.S. DEPARTMENT of Health and Human Services, 1988). Desta forma tem sido acumulada extensa evidência acerca dos benefícios da interrupção do tabagismo sobre a saúde. Com poucas exceções, os riscos de doenças são diminuídos após a interrupção do tabagismo e continuam a diminuir à medida que se mantém a abstinência. A revisão das evidências efetuada pelo Surgeon General's Report de 1990, levou às seguintes conclusões:

- A interrupção do tabagismo, apresenta benefícios importantes e imediatos sobre a saúde de homens e mulheres de todas as idades.
- Os benefícios aplicam-se a pessoas com ou sem doença relacionada ao tabagismo;
- Os ex-fumantes vivem mais do que os fumantes em curso. Por exemplo, as pessoas que abandonaram o tabagismo antes dos cinqüenta anos, apresentam apenas

a metade do risco de morte nos próximos quinze anos, em comparação com os fumantes atuais;

- ☛ A interrupção do tabagismo diminui o risco de câncer de pulmão, outros cânceres, infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e doença pulmonar crônica;
- ☛ As mulheres que interrompem o tabagismo antes da gravidez, ou durante os 3 ou 4 primeiros meses de gravidez, reduzem o risco de terem recém-nados de baixo peso, comparado ao de mulheres que nunca fumaram.
- ☛ Os benefícios da interrupção do tabagismo sobre a saúde, excedem em muito qualquer risco resultante de um ganho ponderal médio de 2.300g, ou qualquer efeito psicológico que pode seguir-se ao abandono.

Tendo conhecimento dos danos causados pelo fumo ao indivíduo e à comunidade, torna-se clara a necessidade de se trabalhar para uma sociedade livre do tabaco. Deve-se neste, considerar os métodos para se deixar o uso dos cigarros, o incentivo às pessoas a fazê-lo, e o desenvolver formas pelas quais o uso dos cigarros podem ser prevenidos. (COSTA e SILVA, ABREU e CAMPOS, 1992).

4 HISTÓRICO

São incertas e discordantes as informações acerca da primitiva história do tabaco. Escavações da Lagoa Santa em Minas Gerais encontraram cachimbos angulares cuja utilização acredita-se serem de 10 mil anos passados. Uma lenda referente ao início do uso do tabaco, data de 5000 anos A.C., quando o mau e poderoso feiticeiro Acayatl persuadiu os nativos americanos a mascar, cheirar e fumar as folhas secas do tabaco. (ANDERSON, J. R., citado por SLABY, 1991). Cristóvão Colombo, no Novo Mundo, observou índios fumando rolos feitos de folhas. A planta era denominada caoba e tabaco era o nome do canudo empregado para aspirar as folhas picadas. Logo depois, viajantes europeus divulgaram mais notícias sobre esta planta e como os indígenas costumavam fumá-la, precursora do charuto, em forma de rolos de folhas, ou com canudos retos ou curvos, precursores do cachimbo. (WARNER, 1992).

O tabaco teve maior repercussão na Europa, quando Jean Nicot embaixador do rei de França, em missão diplomática em Portugal remeteu em 1560, sementes e planta, como sendo usadas pelos índios na América, com poderes curativos. A planta foi denominada nicotiana, em homenagem à Nicot. A espécie primitiva, *Nicotiana rustica*, não era muito agradável ao ser

fumada e logo foi substituída pela *Nicotiana tabacum*, de aroma delicado, também nativa em várias áreas da América, inclusive no Brasil.

Por volta de 1586 Sir Francis Drake inaugurou este hábito na Inglaterra. O comércio do tabaco tornou-se altamente lucrativo, criando-se entre o final do século XVI e a primeira metade do século seguinte, companhias que se tornaram verdadeiras potências. Monopólios foram instituídos em vários países. No albor do século XVII o hábito de fumar estava apreciavelmente difundido na Europa. Este foi o século da Idade de Ouro do cachimbo, então levado a todos os quadrantes, até à China e aos esquimós. Antes do final desse século, o fumar constituía-se em rotina diária e no toque de distinção de novos hábitos sociais adquiridos pelo homem, sendo também afirmação de virilidade. No início do século XVIII, o consumo do tabaco expandiu-se a tal ponto que erigiu-se em um dos maiores valores do comércio internacional, tendo se espalhado a moda de aspirar rapé, o tabaco em pó.

Entrementes, o século anterior assistiu o renascer do antigo hábito dos indígenas, de mascar tabaco. O reinado do charuto ocorreu no século XVIII e, não obstante sua ascensão, a indústria charuteira manteve-se apreensiva, pois uma nova modalidade de fumar, mais prática, vinha conquistando as populações. O cigarro, que assumiu o reinado no presente século. (ROSEMBERG, 1987). Sua popularidade, decorreu de dois

avanços tecnológicos: a invenção da máquina de enrolar cigarros, que permitiu a fabricação automatizada de cigarros em grande escala e o surgimento da mistura americana de tabaco para cigarros, uma combinação suficientemente suave para permitir a inalação – a maneira mais eficiente de liberar nicotina na corrente sanguínea. (WARNER, 1992). No entanto, a grande expansão do consumo de cigarros data da Primeira Guerra Mundial, tendo havido generalização ainda maior após a Segunda Guerra Mundial (ROSEMBERG, 1987). O uso dos cigarros, atingiu amplas esferas da vida moderna, sendo que em 1990 a avassaladora industrialização dos cigarros registrou uma produção mundial de 5 trilhões dos mesmos. (ROSEMBERG, 1994).

Há que se afirmar que os encantos sobre as virtudes do tabaco começou aos poucos a arrefecer-se com o surgimento de observações e pronunciamentos médicos mais precisos, alguns deles já tendo ocorrido a partir do século XVII. O registro mais violento contra o tabaco é de Fagon, médico de Luís XIV, que orientou a tese de doutoramento na Faculdade de Medicina de Paris, de Boudin, intitulada : **L'abus des tabac abrege-t-il la vie?** Foi o primeiro estudo científico que afirma o que hoje é consensual, isto é: o uso do tabaco, encurta a vida do fumante. A primeira observação quanto à nocividade da poluição ambiental pelo tabaco data de 1700, de Bernardino Ramazzini no seu livro **De Morbis Artificum**, descrevendo náuseas, vômitos, diarréia e

cefaléia nos trabalhadores com fardos de tabaco seco, atribuídos ao pó que se espalhava na atmosfera. Em 1769, TISSOT citado por NEMERY (1993), comparava o tabaco ao ópio e às bebidas alcoólicas, levantava a questão relativa aos perigos deste hábito, do seu potencial em determinar dependência e da importância de alertar os jovens, assim como a da educação e pesquisa, "... coisa que ninguém presumiria necessária, há duzentos anos atrás ...". Em 1798, o Dr. Benjamin Rush condenou o uso do tabaco em seu livro **Essays**. (U.S.DEPARTMENT of Health and Human Services, 1988). O primeiro estudo bem documentado dos malefícios dos cigarros surge em 1859 quando Buisson, clínico francês, estudou 68 pacientes com câncer de lábio e boca, dos quais 66 (97%) eram fumantes de cachimbo. Somente a partir de 1930 se intensificaram os estudos científicos. (ROSEMBERG, 1994).

Alton Ochsner estudante de medicina em Washington em 1919, foi solicitado para junto com colegas acompanhar uma autópsia de uma condição rara, um homem com câncer de pulmão. Ochsner não observou este quadro em seus pacientes até 1936 quando em um período de seis meses deparou-se com nove homens fumantes, iniciados neste hábito durante a primeira guerra mundial, com este diagnóstico. Estas observações desencadearam estudos epidemiológicos, sendo que a dedução mais veemente foi a feita por Richard Doll, relacionando o tabagismo ao câncer

pulmonar em 1950, em estudo publicado no Reino Unido pelo **British Medical Journal**. Ainda assim, praticamente até 1953 a cidadela do fumo permaneceu inabalável e o consumo de cigarros per capita nos E.U.A., por exemplo, alardeava crescimento constante durante mais de 40 anos, graças a uma propaganda cada vez mais avassaladora, em campanhas "intensas e cruéis", segundo julgamento da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 1954 o fumo recebeu golpe desferido pela publicação dos resultados da pesquisa epidemiológica sobre Fumo e Saúde, da **American Cancer Society**. Tal pesquisa, sob a direção de Hammond e Horn foi realizada por voluntários que acompanharam 187.783 homens durante 44 meses. O principal achado mostrou que a mortalidade nos fumantes foi muito mais elevada do que nos não-fumantes e a mortalidade por câncer de pulmão nos fumantes foi dez vezes superior à dos não-fumantes. Na época, foram notícias "explosivas, causando medo e pânico", segundo as indústrias de cigarros. Em 1962 o fumo recebeu outro abalo, desfechado pelos 444 anos de tradição do **Royal College of Physicians of London**, ao publicar conclusões do Relatório sobre Fumo e Saúde. Estas foram: "Os cigarros produzem câncer de pulmão, bronquite e enfisema, e provavelmente contribuem para o desenvolvimento das doenças das coronárias e outras doenças". Ainda em 1962, o **American College of Chest Physicians** divulgou sua resolução: "O peso das evidências científicas, indica distintamente que o fumo e a inalação de outros poluentes atmosféricos sugerem

fortemente a conexão causal com bronquite crônica, enfisema pulmonar, **cor-pulmonale**, doenças cardiovasculares e câncer de pulmão". A História marcou 1964 como o ano do maior e mais importante impacto na luta contra o tabagismo. O **Surgeon General's Report**, ou simplesmente Relatório Terry, foi considerado pelos médicos, cientistas e imprensa leiga como devastador e consagrado como o maior libelo jamais publicado contra o fumo. O relatório concluía:

Fumo causa câncer do pulmão. A magnitude do efeito do fumo sobrepuja, em muito, todos os outros fatores, inclusive a poluição atmosférica. O risco aumenta na razão direta do consumo, duração do hábito de fumar, número de cigarros por dia e diminui com o abandono definitivo. E mais: causa câncer de laringe, esôfago e bexiga. É a causa mais importante da bronquite crônica, aumentando o risco de morte por enfisema pulmonar. As mulheres que fumam durante a gestação, correm o risco de terem filhos com peso abaixo do normal. O fumo está relacionado com muitas doenças cardiovasculares, inclusive a hipertensão e a arterioesclerose generalizada. Os fumantes apresentam taxa de morte 70% mais elevada de doenças das coronárias.

A partir deste marco milhões de pessoas deixaram de fumar, segundo a **American Cancer Society**. Posteriormente, o tabagismo sofreu um ataque apenas comparável com a publicação de Terry. A Organização Mundial de Saúde afirmou com sua autoridade:

O tabagismo, sem margem de dúvida, é a causa principal, certamente evitável, de doença e morte prematura. O aumento atual do hábito de fumar ameaça mais as populações dos países em desenvolvimento, que são os principais alvos da máquina publicitária dos fabricantes de cigarros. Em tais países o tabagismo tende a se tornar um dos principais riscos à saúde no futuro.

Nesta linha, a Organização Mundial de Saúde, no dia sete de abril de 1980 lançou sua sentença "Fumo ou Saúde? - A Escolha é Sua!". (BLUNDI, 1986).

Durante os vários séculos em que o uso do tabaco difundiu-se pelo mundo observou-se comumente que as pessoas que o utilizavam eram incapazes de refrear seu uso. Embora fosse reconhecido que o uso do fumo determinava um controle do comportamento, sua conceituação como produto capaz de gerar dependência é relativamente recente. Até a década de 50 as teorias sobre a dependência às drogas e os critérios utilizados para identificar uma substância como geradora de dependência eram de tal modo que o tabaco foi considerado como indutor de um hábito ao invés de um vício, tendo a expressão "vício de droga" sido usada primeiramente no contexto dos opiáceos. Até 1964, vício era caracterizado em grande parte pela síndrome física da supressão que se seguia à cessação do uso crônico dos opiáceos. Pelo fato de que a síndrome de supressão do tabaco ainda não havia sido definitivamente caracterizada até 1964, a probabilidade de dependência a produtos deste foi afastada, no primeiro **Surgeon General's Report** sobre o fumo. Reapreciação fundamental do conceito de dependência foi iniciada pelas Comissões de Peritos da Organização Mundial da Saúde: "... tornou-se crescentemente evidente a confusão entre o uso dos termos vício e hábito ...". Pelo fato de que o uso da palavra vício era relacionado à síndrome de supressão física e

com atitudes prejudiciais e punitivas pela sociedade e pela lei, a Organização Mundial de Saúde recomendou o uso da expressão dependência de drogas, de preferência à vício de drogas. Em 1970, o **National Institute on Drug Abuse (NIDA)**, considerou o tabagismo como dependência da droga nicotina. Em 1979, o **Surgeon General's Report**, após a revisão anual das conseqüências malélicas causadas pelo fumo, confirmou este conceito e estimulou a pesquisa sobre o conhecimento deste processo, visando ampliar as possibilidades de preveni-lo. Em 1980 a Associação Americana de Psiquiatria incluiu no seu Manual o uso do tabaco como forma de dependência e a síndrome de abstinência causada pela nicotina como um distúrbio mental orgânico. Em 1984, o efeito da nicotina foi considerado semelhante ao da morfina, da cocaína e do etanol, colocando-a definitivamente no grupo das drogas pesadas. Na revisão do **Surgeon General's Report** de 1988, ficou provado que as conclusões anteriores eram verdadeiras para todas as formas de uso de tabaco. Essas conclusões, que coincidem com as de outras instituições, foram apresentadas ao Congresso Americano naquele mesmo ano e aprovadas pela **Food and Drug Administration (FDA)**, em 1994. (ATUALIDADES em tabagismo, 1995). Neste contexto, SCHUCKIT (1991) nos diz:

A nicotina, pode ser encarada como agente protótipo de um processo de dependência. Ela lembra todas as outras substâncias de abuso pelo fato de que as pessoas começam sentindo que podem parar a qualquer momento, usam a substância a despeito do conhecimento de seus

riscos sérios, tendem a titular sua dose, negam os problemas mesmo que estes sejam óbvios para os que os cercam, apresenta elevada taxa de recidiva após interrupção do uso e fatores genéticos podem influenciar o risco de abuso.

A Organização Mundial de Saúde passa a definir a dependência de drogas como "padrão comportamental no qual o uso de determinada droga psicoativa recebe prioridade máxima, em relação a outros comportamentos que já foram muito mais prioritários". Em sentido mais amplo, dependência significa a perda do controle sobre o comportamento de usar uma droga, ou seja, a droga passa a controlar o comportamento. Em 1988, o relatório citado, do **Surgeon General** intitulado "**The Health Consequences of Smoking - Nicotine Addiction**", mostrou critérios para a dependência de drogas, entre as quais a nicotina se enquadra. São eles: **Critérios Principais**: Uso compulsivo ou altamente controlado; efeitos psicoativos; comportamento reforçado pela droga. **Outros Critérios**: O comportamento dependente habitualmente envolve: padrões estereotípicos de uso; consumo apesar dos efeitos perigosos recorrência depois da abstinência e desejos prementes e incontroláveis de usar a droga. As drogas que causam dependência frequentemente produzem: tolerância; dependência física, efeitos eufóricos. (BENOWITZ, 1992). A AMERICAN Psychiatric Association, 1987, por sua vez, desenvolveu outros critérios para a dependência de drogas, que foram apresentados no **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R)**,

mais específicos e que se adaptam ao diagnóstico de casos individuais.

Reconhece-se portanto a nicotina como droga e substância psicoativa, sendo a determinante da dependência ao tabaco. No entanto esta, como todas as outras dependências de drogas, é um processo complexo, envolvendo a inter-relação entre farmacologia, fatores adquiridos ou condicionados, personalidade e condições sociais. As ações farmacológicas da nicotina estão envolvidas de várias formas na dependência do tabaco. Os fumantes relatam efeitos positivos como prazer, estimulação e relaxamento. O tabagismo pode melhorar a atenção e tempo de reação, além de aumentar o rendimento em certas tarefas. Os fumantes também podem apresentar um alívio nos estados emocionais adversos, incluindo-se redução da ansiedade ou do stress, atenuação da fome e prevenção do ganho ponderal, além do controle dos sintomas causados pela abstinência da nicotina. Não está claro se as recompensas positivas, isto é, a melhoria do rendimento e do humor depois de fumar são devidas à atenuação dos sintomas de abstinência, a um efeito positivo intrínseco da nicotina ou a ambos.

Existem evidências comportamentais e farmacológicas consideráveis, apoiando a função da nicotina na manutenção e determinação do padrão do tabagismo. Em primeiro lugar a nicotina é liberada para o cérebro, possuindo ação psicoativa, isto é, age sobre o cérebro, afeta o humor e as funções

cognitivas. Em segundo lugar, os efeitos subjetivos e fisiológicos da nicotina intravenosa e do fumar o tabaco, são semelhantes. Em terceiro lugar, somente o tabaco contendo nicotina tem sido consumido habitualmente pelos indivíduos, durante longos períodos. Nem o tabaco do qual foi retirada a nicotina, nem os cigarros de teor ultra-reduzido, têm conseguido aceitação geral do público. Por outro lado, o rapé e o tabaco de mascar, que liberam quantidades significativas de nicotina são amplamente usados. Em quarto lugar, a nicotina funciona como reforçador positivo, isto é, animais sob experimentação e pessoas se auto-administram nicotina por via intra-venosa. Além disso, a privação total ou parcial da nicotina durante certo período provoca intensificação no comportamento de buscar a nicotina. Os fumantes também tendem a ajustar seu comportamento de fumar para compensar as alterações na taxa de eliminação de nicotina do organismo, com o fim de regular os níveis sanguíneos da substância. Finalmente, a interrupção do hábito de fumar, é facilitada pela substituição da nicotina derivada do tabaco pela nicotina administrada sob a forma de goma de mascar ou placa transdérmica.

Desta forma, o tabagismo está associado a vários efeitos mediados ou desencadeados pela nicotina, que mantém ainda mais o tabagismo. Embora o fumar possa ser considerado pelas outras pessoas, ou até pelo próprio fumante como um comportamento escolhido livremente, grande parte deste

comportamento é controlado pela história prévia de exposição à nicotina e é perpetuado porque a interrupção do consumo de nicotina produz um grau inaceitável de desconforto para o fumante. Portanto a escolha aparentemente livre é na verdade, uma dependência à droga. (BENOWITZ, 1992; COHEN, PICKWORTH e HENNINGFIELD, 1991; U.S. DEPARTMENT of Health and Human Services, 1988).

5 MÉTODOS PARA SE DEIXAR DE FUMAR

Existe imensa literatura sobre os métodos que levam a se deixar de fumar. Comentaremos os enumerados no quadro abaixo. (ROSEMBERG e COSTA e SILVA, 1992).

QUADRO 1 - PRINCIPAIS MÉTODOS PARA SE DEIXAR DE FUMAR

1	MEDICAMENTOS
1.1	Substituição
1.2	Bloqueadores
1.3	Inespecíficos
1.4	Dissuasórios
2	HIPNOSE
3	CRIAÇÃO DE AVERSÃO AO FUMO
4	INTERNAMENTO CLÍNICO
5	ACUPUNTURA
6	MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTO POR MEIOS EDUCACIONAIS
6.1	Trabalhos em Grupo
6.2	Programa de Cinco Dias
7	AUTOCURA OU AUTODECISÃO
8	ACONSELHAMENTO MÉDICO
9	OUTROS

1. MEDICAMENTOS

A nicotina tradicionalmente vista como uma substância agonista clássica, é um alcalóide com ações tanto estimulantes como depressoras. Como se nota no quadro 2, os efeitos da nicotina no organismo são proteiformes. POMELAU e ROSECRANS sugerem que, pela alteração na biodisponibilidade de vários

neurorreguladores, a nicotina atua como resposta farmacológica de enfrentamento que altera o desempenho afetivo, em resposta a várias demandas ambientais.

A nicotina se dispersa em todas as áreas cerebrais, inclusive no córtex. No sistema nervoso central, atua de forma proeminente em uma pequena área bilateral, de situação posterior à junção ponto-mesencefálica. Deste local originam-se fibras nervosas que se distribuem por todo o encéfalo. Esta pequena área, denominada *locus ceruleus* quando interage com a nicotina, tem no indivíduo a sua vigília intensificada, diminuição da resposta a atividades estressantes e aumento de sua capacidade de concentração. Outro local de ação preponderante da nicotina, é uma área que projeta fibras nervosas principalmente para as regiões medial e anterior do sistema límbico. É o sistema dopaminérgico mesolímbico, também conhecido como "centro do prazer" do cérebro, que quando estimulado leva a um desejo aumentado para a (re)administração da droga. A nível neuronal, a nicotina interagindo com neurônios colinérgicos e não colinérgico, modula ações importantes para o comportamento de fumar. Com relação aos neurônios não colinérgicos, influencia múltiplos estados de comportamento e sentimentos nas interações com sistemas como o serotoninérgico, dopaminérgico e noradrenérgico. Influencia também sistemas endócrinos e neuro-endócrinos, determinando múltiplas interações de efeitos à distância de grande variedade de hormônios e substâncias psicoativas e neuropeptídeos.

Temos então um panorama do quanto a nicotina afeta variedades de importantes vias neuronais e conseqüentemente o comportamento humano. Também em função dos dados acima, a intervenção farmacológica em programas de abandono do fumar nas suas fases mais iniciais são úteis para aqueles que apresentam mais altos graus de dependência física. A base racional para a abordagem farmacológica da dependência à nicotina é a de que esta é parcial e criticamente mediada por ações dessa substância no sistema nervoso central (SNC). Estas ações incluem propriedades reforçadoras diretas da nicotina, tolerância e dependência fisiológica, possíveis efeitos benéficos da nicotina no alívio da ansiedade e controle de peso e regulação neuro-hormonal, que pode ter efeitos importantes na manutenção do bem-estar e desempenho laboral. Além disto, a abstinência à nicotina leva a conseqüências negativas, de modo que agentes farmacológicos podem ser de auxílio nas fases iniciais de desintoxicação e ajudar o ex-fumante a evitar recaídas.

O tratamento farmacológico dessa dependência, pode ser sistematizado (JARVIK e HENNINGFIELD, 1988; SCHWARTZ, 1992; CLIMKO, 1991) da seguinte forma:

- A) Substituição;
- B) Bloqueadores;
- C) Inespecíficos e
- D) Dissuasórios.

1.1 Substituição

Na terapia de substituição pretende-se utilizar uma substância mais maleável e idealmente menos determinante de dependência comportamental. Duas formas já aprovadas de utilização de nicotina de substituição são a goma de polacrilex de nicotina e o sistema terapêutico transdérmico de administração de nicotina. Estão em estudo, o vaporizador nasal de nicotina e a inalação de vapor de nicotina. (SCHWARTZ, 1992). O objetivo é manter o paciente com dose de nicotina capaz de atenuar ou eliminar os principais sintomas de abstinência a ela. As doses são progressivamente menores administradas por um período em que o paciente aprende novos comportamentos e novas respostas a estímulos ou fatores desencadeantes há muito tempo estabelecidos. Devido ao método de administração da nicotina com a goma ou por via transdérmica ser suficientemente diferente da forma associada com o fumar e outras formas de uso do tabaco, o aprendizado das associações entre o uso do tabaco e efeitos fisiológicos da nicotina, podem ser mais facilmente quebrados. (GOLDSTEIN e NIAURA, 1991). As formas de nicotina de substituição são efetivas na atenuação da maioria dos sintomas de abstinência da nicotina, embora efeitos sobre a compulsão e a fome sejam menos consistentes. Deve-se explicar aos pacientes as limitações da utilização da nicotina de substituição. Sem aconselhamento ou apoio os índices de sucesso com o produto são pequenos.

QUADRO 2 - AÇÕES DA NICOTINA NO SER HUMANO**1 Cardiovascular**

- ◆ Aumento da frequência cardíaca
- ◆ Aumento da contratilidade
- ◆ Aumento da pressão arterial
- ◆ Vasoconstrição cutânea

2 Metabólica

- ◆ Aumenta liberação de ácidos graxos livres
- ◆ Aumenta taxas de glicerol e lactato

3 Neurológica

- ◆ Estímulo ao relaxamento
- ◆ Alteração do eletroencefalograma
- ◆ Tremores

4. Endócrina

- ◆ Aumenta hormônio do crescimento
- ◆ Aumenta hormônio adrenocorticotrópico e cortisol
- ◆ Aumenta vasopressina
- ◆ Liberação de catecolaminas
- ◆ Aumenta beta-endorfinas

FONTE: CLIMKO, 1991

1.2 Bloqueadores

A utilização de Bloqueadores está estribada no fato de que estas substâncias bloqueiam o reforço, assim como os efeitos tóxicos da substância de abuso. Está documentado que antagonistas farmacológicos da nicotina interferem no padrão de uso de cigarros em seres humanos, havendo estudos que sugerem a utilização do antagonista mecamilamina para bloquear os efeitos reforçadores do ato de fumar estabelecidos pela nicotina. Há três obstáculos principais nesta abordagem: os efeitos anticolinérgicos e hipotensores da mecamilamina que se constituem no principal obstáculo; a aderência terapêutica inadequada; a força condicionadora não mediada pela nicotina no uso do tabaco pode ser suficientemente forte para que, apesar deles, não estarem associados aos efeitos farmacológicos da nicotina, poderem evocar compulsões para fumar que podem persistir indefinidamente. (SCHWARTZ, 1991; SMITH, 1991).

1.3 Inespecíficos

A farmacoterapia com agentes inespecíficos, é considerada em função da descontinuação do uso crônico de nicotina. Nessa contingência segue-se habitualmente síndrome de

abstinência que inclui irritabilidade, ansiedade, insônia, diminuição da concentração, alentecimento do ritmo cardíaco, hiperfagia e ganho de peso, compulsões para o uso de nicotina, cefaléia, distúrbios gastrointestinais, disforia e piora das funções cognitivas, sendo impossível atribuir todos estes sinais e sintomas a um único mecanismo neuroregulatório específico. A nicotina pode modular a atividade da acetilcolina, serotonina, dopamina, beta-endorfina e norepinefrina. Muitos agentes farmacológicos tem sido utilizados no sentido de tratar o fenômeno sendo que alguns estão em estudo e têm sido avaliados quanto ao seu papel neste domínio. Drogas citadas e que necessitam estudos adicionais em maior escala são: buspirona, clonidina, doxepina e fluoxetina. (ROSEMBERG e COSTA E SILVA, 1992; CLIMKO, 1991; SMITH, 1991).

1.4 Dissuasórios

Agentes dissuasórios são substâncias que interagem com a fumaça do tabaco causando gosto desagradável, o que desestimula seu consumo. Nenhum destes, entretanto, teve comprovação de eficácia. (ROSEMBERG e COSTA E SILVA, 1992).

2 HIPNOSE

Os relatos acerca da eficácia da hipnose como um método para deixar de fumar são contraditórios. (SCHWARTZ, 1991). Os procedimentos variam quanto ao método, intervalo das sessões, tempo de tratamento e número de participantes. (ROSEMBERG e COSTA E SILVA, 1992). Não é um método que possa atingir grande número de fumantes mas pode auxiliar pessoas que já tentaram outros métodos e necessitam atenção individualizada e que tenham um alto perfil de indução hipnótica. Quando utilizada isoladamente produz resultados apenas modestos. Diversas experiências com hipnose em grupo produziram bons resultados, porém, isto pode ser atribuível a adjuntos associados ao método. Os índices de abandono do fumar variam de 0 a 68% para hipnose individual e de 8 a 88% para hipnose em grupo. (SCHWARTZ, 1992).

3 CRIAÇÃO DE AVERSÃO AO FUMO

São vários os procedimentos utilizados para provocar aversão ao fumo. Entre eles cita-se: formas bizarras de se

fumar, choques elétricos, técnicas aversivas por saciedade, sensibilização encoberta e uma combinação destas técnicas. O pressuposto é de que a criação de desagrado, medo, repulsa ou desprazer reduzam o incentivo a fumar. Há discrepâncias nas avaliações desses estudos, com resultados variando de nulos a 76%. (ROSEMBERG e COSTA E SILVA, 1992). Quando associados a técnicas de manutenção da abstinência, tais como apoio ou formas de prevenção de recaída, melhores taxas de sucesso a longo prazo tem sido referidas. (SMITH, 1991).

4 INTERNAMENTO CLÍNICO

Em vários países, à medida que campanhas antitabágicas crescem, clínicas para se deixar de fumar passam a estar presentes, sendo sua eficácia de difícil avaliação, em função da ausência de padronização. Os índices de abandono dos cigarros em uma revisão de 51 estudos variam de 0 a 91%. (ROSEMBERG e COSTA E SILVA, 1992). Aconselhamento médico, apoio psicológico, orientação dietética e para hábitos saudáveis de vida, com materiais informativos influem nos resultados.

5 ACUPUNTURA

Sua utilização, incluindo inovações nos locais de introdução das agulhas e técnicas de estimulação tem mostrado índices médios de abandono do fumo de 25% em estudos com pelo menos seis meses de acompanhamento (KUTCHINS, 1991). Os melhores resultados são obtidos quando a acupuntura é acompanhada de aconselhamento médico, em pacientes fortemente motivados, juntamente com técnicas de treinamento de habilidades de enfrentamento (SCHWARTZ, 1992).

6 MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTO POR MEIOS EDUCACIONAIS

Embora a abordagem farmacológica tenha um papel no alívio dos sinais e sintomas de abstinência ou no bloqueio da gratificação derivada do fumar, estes agentes deixam a descoberto gatilhos condicionados reforçadores e o contexto social do uso dos cigarros. O tratamento eficaz do fumante requer intervenção comportamental, além de qualquer agente farmacológico utilizado. (SCHWARTZ, 1991; SMITH, 1991; BROWN e EMMONS, 1991). A esse nível são diversas as formas de intervenção.

6.1 Trabalhos em Grupo

Orientações de programas clínicos para grupos existentes na Europa e Estados Unidos da América do Norte (*American Cancer Society*, *American Lung Association* e *American Heart Association*) estabeleceram métodos educativos baseados na instrução e em princípios de modificação comportamental. Lança-se mão de guias selecionados, material impresso e filmes. Em 1983, instituiu-se na Califórnia um grupo de Fumantes Anônimos, baseado nos 12 passos e outros princípios e tradições dos Alcoólicos Anônimos. Esses grupos, ampliados, existem atualmente em vários países (L.J., 1991), inclusive no Brasil. Método que tem sido utilizado nos Estados Unidos da América do Norte, embora ainda sem estudo controlado que avalie sua eficácia, é o "*Recovery Oriented Nicotine Addiction Therapy*", abordagem psicoterapêutica que utiliza os conceitos dos doze passos de Fumantes Anônimos, sendo um programa distinto, mas que implica em complementariedade com este enfoque. (RUSTIN, 1991).

6.2 Programa de Cinco Dias

Em 1960, a Igreja Adventista do Sétimo Dia lançou um plano de cinco sessões consecutivas, em grupos de 15, a várias centenas de pessoas. Provavelmente este plano é o que tem

atingido maior número de fumantes. Estudos de abandono do fumo baseados em informações colhidas após 3 a 6 meses de término do programa, efetuadas por carta ou telefone, mostram índices de 3 a 43% de sucesso. (ROSEMBERG e COSTA E SILVA, 1992). A existência de um acompanhamento sistemático poderia ser útil para evitar recaídas. (SCHWARTZ, 1992).

7 AUTOCURA OU AUTODECISÃO

RUSSEL, WILSON et al. (1979) apresentaram índices de remissões espontâneas, em um ano, de 0,3%. Estudos padronizados mostram que fumantes recebem de organizações públicas e privadas, folhetos, guias e mesmo livros sobre como deixar de fumar, escritos por ex-fumantes e psicólogos e também "kits" completos quanto a esse propósito. Os dados indicam que o êxito para o abandono do fumo está vinculado à existência desses programas mais amplos de combate ao tabagismo. A maioria das pessoas que consegue parar de fumar utiliza métodos de autotratamento, sendo que devem ser enfatizadas formas de Intervenção Mínima, que incluam informações sobre as conseqüências do fumo para a saúde e sociedade e estratégias e exercícios para a interrupção, manutenção, prevenção da recaída e reciclagem. São técnicas que demonstram boa relação custo /

benefício, pela utilização mínima de profissionais, sendo que a demanda de tempo também fica reduzida (SCHWARTZ, 1991 e 1992).

8. ACONSELHAMENTO MÉDICO

A frequência de contacto do fumante em consulta com um médico, é elevada (COUTAS, 1991), o que faz dele, oportunidade ímpar para fornecer aos pacientes intervenção para o abandono do fumo. Enfermeiras, dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas e outros profissionais da área da saúde têm também esta possibilidade. A intervenção médica consistiria basicamente de quatro atividades: perguntar acerca do tabagismo em cada oportunidade; aconselhar todos os fumantes a pararem de fumar; assistir ou ajudar o paciente, traçando com ele um plano terapêutico e acompanhá-lo, marcando visitas de retorno. (SCHWARTZ, 1991 e 1992). Estudos que mostraram a importância da advertência e simples aconselhamento, trouxeram índices de interrupção de 3 a 13% com média de 5%. A compreensão de que parar de fumar não é um evento único, mas processo que ocorre durante certo período de tempo, e de que índices aparentemente baixos de sucesso podem ter um grande significado em termos de Saúde Pública, devem ser fatores motivadores a que estes profissionais persistam nesse propósito.

9. OUTROS

Além dos métodos delineados para se deixar de fumar existem outras abordagens, tais como: programas de coletividade; programas nacionais, dia de não-fumar, programas comunitários regionais; programas de ação sobre múltiplos riscos, além do enfoque da questão em locais de trabalho. (ROSEMBERG e COSTA E SILVA, 1992).

No contexto acima, a advertência: "Fumar Faz Mal à Saúde", apesar de universalmente divulgada, acaba perdendo o significado de apelo para muitas pessoas. Desta forma, entende-se que passa a existir uma lacuna entre o que sabemos em termos dos malefícios decorrentes do tabagismo e as ações que devemos impetrar para sustar a evolução desta epidemia. Já não temos que nos deter na demonstração dos efeitos nocivos do tabagismo. Populações têm sido informadas a respeito, e pesquisas nos mostram que elas tem adquirido conhecimentos necessários. Agora, deve-se fomentar ações baseadas no que temos aprendido: a necessidade de abandono do tabagismo por parte de fumantes, a necessidade de evitarmos que comecem a fumar e a restituição de um meio ambiente o mais natural a todos. (TABAQUISMO y Salud en Las Americas, 1992).

Com base no acima exposto e considerando a inserção como Médico Internista, lança-se no presente trabalho a testagem de metodologia que vise mostrar eficácia no abandono ao fumo e manutenção da abstinência, por aqueles que em algum

momento de suas vidas viram-se com dificuldades em superar a problemática envolvida neste objetivo. A leitura do manual "Dealing With Drinking - Steps to Abstinence or Moderate Drinking", elaborado pela Professora Martha SANCHEZ-CRAIG, da *Addiction Research Foundation of Ontario*, em 1987, a aquisição de informações provenientes do livro *Prevenção da Recaída - Estratégias de Manutenção de Comportamentos Aditivos*, de MARLATT e GORDON (1993), dados de literatura sugerindo a abordagem desta problemática por profissionais da saúde (SCHWARTZ, 1991; CLARK, HAVERTY e KENDALL, 1990; FIORE, 1992; POHLMANN, LOSS, FLORES et al., 1991), a "Intervenção Breve na Dependência de Drogas - A Experiência Brasileira" (FORMIGONI, M.L.O.S.-Coord-; 1992), e o Programa da *American Lung Association* (1986) *IN CONTROL*, auxiliaram-nos na estruturação do conteúdo de um Programa de Avaliação e Atendimento ao Fumante, sendo que o "Modelo Abrangente Para o Tratamento da Dependência da Nicotina em Nível Médico" (HURT, DALE, McLAIN et al., 1992), auxiliou-nos quanto à exeqüibilidade do mesmo.

6 CASUÍSTICA E MÉTODOS

No dia 23 de dezembro de 1992 foi enviado um ofício à Comissão de Ética Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Este ofício solicitava apreciação e pronunciamento da referida Comissão, quanto ao projeto do Programa de Avaliação e Atendimento ao Fumante (PAAF). No dia 24 de março de 1993 a Comissão de Ética Médica pronunciou-se aprovando em reunião, o citado projeto.

Um total de 1300 indivíduos constituintes do universo de uma Secretaria de Estado do Paraná foram por meio de cartazes e visitação pró-ativa contactados por membros do setor de Serviço Social deste Órgão em cada uma das seções da Secretaria. Cento e vinte e sete pacientes agendaram seus nomes para serem solicitados à entrevista ou consulta inicial, tendo sido o critério de inclusão o do fumante sê-lo há no mínimo um ano e fumar pelo menos cinco cigarros ao dia. Entre as características sócio-demográficas apresentadas a nós pelo Departamento de Recursos Humanos, dos 1300 indivíduos anteriormente referidos, 20% tinham escolaridade de nível superior, 30% tinham o segundo grau completo, e 50% o primeiro grau, sendo que 30% eram do sexo masculino e 70% do sexo feminino, com média de idade entre 30 e 40 anos.

Os 127 pacientes referidos tiveram seus nomes agendados e foram avisados por telefone do dia e hora da entrevista inicial. Destes, 35 não compareceram à entrevista, e 12 entre os que compareceram fizeram apenas a consulta inicial, não tendo retornado aos módulos conforme orientado. Ainda entre os pacientes que compareceram à consulta inicial, 31 deles não completaram os 07 módulos propostos, sendo que na avaliação da adesão ao Programa, 33 pacientes destes dois últimos subgrupos foram contactados no sentido de nos trazerem os motivos por eles atribuídos para não início ou desistência do Programa (Tabela 1). Entre os 35 pacientes que agendaram seus nomes mas não compareceram à entrevista inicial, 21 deles foram posteriormente contactados e submetidos à forma de abordagem descrita como Intervenção Breve (p.61), tendo estes sido incluídos também na avaliação estatística entre os pacientes que não completaram o Programa. Desta forma, 113 foram os pacientes abrangidos pelo Programa de Avaliação e Atendimento ao Fumante, e estudados (Anexo 4). A consulta inicial consistia em entrevista médica de duração de trinta minutos e constava da resposta a um questionário para avaliação do grau de motivação para a mudança de hábito do paciente (PROCHASKA, DICLEMENTE, VEHVER et al., 1985; PROCHASKA e GOLDSTEIN, 1991), quanto ao fumar, além da aplicação de um questionário sócio-demográfico e de uma revisão clínica, enfocando aparelho respiratório, cardiovascular e digestivo. O Questionário de Tolerância de

Fagerström (FAGERSTRÖM, 1978) e a aferição do grau de dependência à nicotina, pelo DSM-III-R (AMERICAN Psychiatric Association, 1987), eram então aplicados. Ainda nesta consulta, eram aferidos os índices de concentração de monóxido de carbono em partículas por milhão (ppm) no ar pulmonar exalado, através do aparelho EC50 Mini Smokerlyser (Bedfont. scientific. ltd.; England), sendo informado ao paciente seus valores, comparados com os índices encontrados em indivíduos não fumantes. (FREITAS, PORTO ALEGRE, NAKAO et al., 1983; LERMAN, ORLEANS, ENGSTROM et al., 1993; McNEIL, OWEN, BELCHER et al., 1990).

Os pacientes eram então convidados a participar do programa cujo objetivo seria promover a abstinência ao fumo e manutenção da mesma. Havendo aquiescência, apresentava-se um panorama do Programa de Atendimento ao Fumante, constituído de sete módulos e subdividido em preparação, implementação e manutenção da abstinência.

Os pacientes foram divididos em grupos de 8 a 12, segundo sua ordem de inscrição, em sessões de 90 minutos, duas vezes semanais nos períodos de 08:30 às 10:00 e 10:30 às 12:00 h. As sessões transcorreram nos meses de novembro e dezembro de 1993, nas dependências da referida Secretaria. Os pacientes eram avisados que após seis meses do término do programa seriam contactados, com o objetivo de acompanharmos sua evolução. Eram também avisados que devido a características peculiares do programa (basicamente a limitação de tempo e a

estrutura do mesmo) haveria para todos os participantes um dia (na manhã do quarto módulo) em que todos teriam que parar absolutamente de fumar. Orientados que uma das premissas do programa era o entendimento de que o fumante deve ser o agente ativo de seu processo de mudança (MARLATT e GORDON, 1993; BECK, FREEMAN et al, 1993), eram-lhes, na avaliação inicial, dadas três tarefas. A primeira consistia em solicitação de que o paciente viesse até o dia "D" - (dia da parada do fumar - quarto módulo), a fazer intervenções no seu padrão de fumar, visando a redução (McGOVERN e LANDO, 1991). A segunda e a terceira tarefa, consistiam de questionários a serem respondidos pelo paciente, trazidos já no primeiro módulo. Oferecia-se um roteiro sugestão para a confecção da autobiografia do paciente, centrada em seu padrão de fumar e um questionário dividido em duas partes, a primeira relativa a sinais e sintomas sentidos pelos pacientes em suas tentativas prévias de parar e a outra, relativa às circunstâncias presentes na ocasião de recaída, enfocando situações relacionadas a tentativas prévias, com duração maior ou menor que quatro semanas, nos últimos 5 anos. (AMERICAN Lung Association, 1986). Essas tarefas visaram além do acima exposto, permitir a anuência do paciente e fazê-lo já sentir-se participe do processo de mudança do hábito e trazer a nível consciente seu padrão de fumar, bem como oferecer dados à equipe para serem trabalhados nos grupos, sendo um procedimento

de observação comportamental direto. (MARLATT e GORDON, p. 90, 1993).

Julgamos oportunas algumas considerações referentes ao consultor em dependências químicas. Há mais de um século, pode-se encontrar na literatura referências que falam da participação de usuários reabilitados do uso de substâncias psicoativas, como agentes terapêuticos. (BLUME, 1977). No programa aplicado houve a participação em todos os módulos, de um consultor, com as características de ter passado pelo processo de dependência ao álcool e nicotina, ter-se recuperado das condições em questão e, desde então, ter voltado seu interesse profissional no auxílio a dependentes químicos. A participação destes agentes nos parece fundamental em qualquer equipe que vise uma intervenção terapêutica, em programa estruturado para auxílio a fumantes, uma vez que a nível de equipes terapêuticas que abordam a dependência do álcool e de outras drogas (habitualmente aqui não incluído o tabaco), este espaço já seja largamente reconhecido.

O consultor em dependências químicas pode, especificamente no trabalho de atendimento ao fumante, utilizar-se das seguintes abordagens (HURT, DALE, McLAIN et al., 1992):

- 1) confrontar e enfatizar os mecanismos de defesa (minimizações, decisões aparentemente irrelevantes);

- 2) identificar situações potenciais de perda de controle;
- 3) realçar resistências;
- 4) ressaltar as conseqüências do uso;
- 5) determinar facilitação da aceitação do processo de dependência e da necessidade de auxílio;
- 6) oferecer auxílio por meio de um programa que combine recursos para a recuperação, esclarecimento e apoio;
- 7) desenvolvimento do plano para abandono do fumo;
- 8) desenvolvimento de estratégias pós intervenção, com compreensão de que a recuperação é um processo que não pode ser concluído a curto prazo;
- 9) ensino de técnicas para controle do stress; e
- 10) identificação de recursos de enfrentamento.

Como membro da equipe terapêutica, representa um exemplo vivo, que encoraja uma identificação saudável e minimiza a ambivalência em relação à abstinência, mostrando habilidade em lidar com a ansiedade e a frustração sem precisar utilizar substâncias psicoativas, e tendo a possibilidade de expressar seus sentimentos de maneira honesta e franca. (BLUME, 1977).

I. **MÓDULO 1: Roteiro (PARAR DE FUMAR, uma decisão inteligente, 1994)**

A) **Introdução**

Apresentação da equipe terapêutica (O médico internista e o consultor em dependências químicas), apresentação do manual a ser utilizado ao longo do programa e apresentação do programa em si, centrado em questões tais como o enfoque de tabagismo como dependência química (U.S.DEPARTMENT of Health and Human Services, 1988; SCHUCKIT, 1991; MILLER, 1991; JOSHU, MORGAN, FISHER et al., 1991; COHEN, PICKWORTH e HENNINGFIELD, 1991; SCHELLING, 1992; ATUALIDADES em tabagismo, 1995), e o programa de trabalho, estabelecendo as seguintes premissas:

- 1) o paciente é o agente ativo de seu processo de mudança.
- 2) o paciente reconhece suas fragilidades - situação de alto risco - (MARLATT & GORDON; p.178-248, 1993).
- 3) o desenvolvimento da capacidade de lidar com situações de vida levam o paciente a enfrentar com sucesso as situações de risco - resposta de enfrentamento da situação de risco- e assim aumentam sua auto-eficácia, com diminuição da probabilidade de uso da substância.
- 4) a coexistência da eventualidade de uma situação em que não haveria resposta de enfrentamento e a sensação de estar perdendo o controle da situação, com concomitante aumento das expectativas de obter prazer e alívio com o uso dos cigarros levaria a conseqüente aumento de probabilidade de recaída (MARLATT & GORDON; p.3-63, 1993).

Na seqüência, fazia-se a leitura do Contrato Terapêutico (RAMOS, S.P., 1987), com os seguintes conteúdos:

- 1) Objetivo do tratamento.
- 2) Número de sessões e dia "D".
- 3) Discussão de lapsos ou recaídas.
- 4) Não exercer censura consciente e manter sigilo com pessoas estranhas ao mesmo.
- 5) Frequência aos grupos, horário e local.
- 6) Consulta extra.
- 7) Importância da assiduidade e pontualidade e aviso até momentos antes, em caso de falta.
- 8) Ciência do acompanhamento aos seis meses do término do programa, por integrantes da equipe terapêutica.

B) Atenção Individual

Eram feitas as apresentações individuais dos diversos membros do grupo em questão, ocasião em que se solicitava que cada paciente fizesse um breve relato de sua biografia centrada na questão do fumar.

C) Estratégias e Informações

- 1) Metáfora da Jornada (MARLATT e GORDON, p.178-248, 1993), onde apresenta-se: Estabelecimento de objetivos, compromissos, percepção de ser o agente ativo no processo,

compreensão do apoio, ambivalência, habilidades a serem enfrentadas, lapsos, recaídas, a jornada como um meio e não como um destino. No contexto acima, considerando-se a metáfora como uma ferramenta poderosa de comunicação, e de que um programa ideal de autocontrole deve incluir um equilíbrio de componentes tanto do "cérebro direito" quanto do "cérebro esquerdo", o uso desta e outras técnicas de imaginação, adágios, provérbios, homílias e slogans, "iluminam" o material apresentado e fornecem um método abreviado de retenção dos princípios considerados importantes nesse processo.

- 2) Prejuízos à saúde, causadas pelo fumar (FIORE, PIERCE, REMINGTON et al., 1992; ROSEMBERG, 1987). O apresentar deste material, através de diapositivos mostrando a amplitude das conseqüências do fumar, dá ao paciente uma percepção mais realista do problema vivido.
- 3) Benefícios em parar de fumar (FIORE, PIERCE, REMINGTON et al., 1992; ROSEMBERG, 1987). Nesta parte do módulo são apresentados os benefícios a curto, médio e longo prazo que colhe-se ao parar de fumar, procurando-se enfatizar o parar de fumar não como uma perda, mas como uma seqüência de ganhos.
- 4) Introdução ao processo de automonitoramento (MARLATT e GORDON; p.249-310, 1993; FORMIGONI, 1992; BANDURA, 1979) Aqui orienta-se o paciente a indicar em um registro diário os cigarros fumados por ele, sendo solicitado que o faça a

partir do término do Módulo I, por pelo menos três dias, anotando no cartão, a data do cigarro fumado, seu número na seqüência diária, a hora em que foi fumado, o local e com quem foi fumado, os sentimentos anteriores e posteriores ao cigarro fumado, e seu grau de necessidade. Feito isto, o paciente escolhe para análise, o dia que se parece de forma mais típica ao seu fumar habitual. A partir da feitura do automonitoramento e posterior revisão com outros pacientes no módulo seguinte, consegue-se identificar situações potenciais de alto risco mais personalizadas, o que permite a transmissão de formas mais específicas de enfrentamento.

D) Revisão e Discussão

Entrega à equipe, das autobiografias e questionários da avaliação inicial, retroalimentação aos pacientes, dos dados verificados na avaliação inicial, havendo estímulo para debate nesta ocasião.

E) Tarefas

Ler o manual, realizar o automonitoramento e anotar no manual as razões pessoais pelas quais é importante cada fumante implementar sua parada de fumar. (RUSTIN, 1994).

II. MÓDULO 2

A) Introdução

Recepção dos participantes e atenção individual, incentivando-os a demonstrarem suas experiências recentes.

B) Estratégias e Informações

- 1) Análise do Auto-monitoramento.
- 2) Por que você fuma? (COHEN, PICKWORTH e HENNINGFIELD, 1991; HUGHES, 1992). Aqui aborda-se a questão do hábito e da dependência à nicotina.
- 3) Apoio social para parar de fumar (Membros da família, amigos, colegas, empregadores e outros podem auxiliar a tornar a jornada mais fácil e agradável). Os pacientes podem receber encorajamento, apoio e outras formas de reforço social. (DONOVAN e CHANEY, 1993; COCORES, 1991; SHIFFMAN e MALTESE; 1993).
- 4) Situações de alto risco para fumar: Estas são as comuns a grande número de fumantes e outras são identificadas por meio de estratégias como o automonitoramento, sendo importantes pelo grau de especificidade que representam. (AMERICAN Lung Association, 1986).
- 5) Sintomas de recuperação. Aqui são abordadas: a previsibilidade de suas ocorrências, bem como sua

transitoriedade, possibilidade de dispor de apoio social e farmacológico (que diminuirá sua intensidade). Enfoca-se:

- a. compulsão pelo uso dos cigarros,
- b. irritabilidade, frustração ou raiva,
- c. ansiedade,
- d. dificuldade de concentração,
- e. inquietação,
- f. diminuição do ritmo cardíaco,
- g. aumento do apetite e outros. (HUGHES, 1992; BUCHKREMER, BENTS, HORSTMANN et al., 1989).

6) Como manter meu peso, parando de fumar (AMERICAN Lung Association, 1986; PIRIE, McBRIDE, HELLERSTEDT et al., 1992) - São oferecidos dados estatísticos relativos ao peso dos fumantes, comparados com a população não fumante; são feitas orientações quanto à prática de exercícios físicos e ingestão de alimentos de baixa caloria, reconhecendo-se que alguns fumantes ganham de fato peso de forma significativa ao pararem de fumar, havendo razões fisiológicas e psíquicas para isto.

7) Exercícios físicos - É enfatizado o fato de que dependentes químicos apresentam com alguma frequência condições que podem ser melhoradas através da prática de exercícios físicos, tais como depressão e baixa auto-estima (MARLATT e GORDON, p.249-310; 1993, PALMER, VACC, EPSTEIN et al; 1988). Concomitante à realização da prática esportiva há ganhos substanciais tais como: prover o paciente de uma atividade

substitutiva; auxílio no sentimento de perda que ocorre com a parada da substância; aumento da auto-eficácia à medida que o paciente implementa uma mudança em seu estilo de vida; neutralização da diminuição do metabolismo, auxiliando na manutenção do peso; incompatibilidade com um estilo de vida de um não fumante. Estas e outras vantagens são compartilhadas com o paciente, a fim de aumentar sua motivação e oferecer uma racionalidade para o ingresso em um programa de exercícios. Deve-se ainda considerar o fato de que a prática de tais atividades tem sido apontadas como fatores úteis à manutenção da abstinência dos cigarros. (MARCUS, ALBRECHT, NIAURA et al., 1991).

C) Revisão e Discussão

É feita breve revisão do material apresentado; perguntas e estímulo ao debate.

D) Tarefas

- 1) Ler a carta de apoio e apoio social (HOW to help a friend quit smoking; 1991), entregando esta à equipe designada como apoio pessoal.
- 2) Listar situações pessoais de alto risco e formas de enfrentamento.
- 3) Consideração sobre um programa de exercícios.

- 4) Exercitar o "Enfocando o Fumar" – também um método observacional do comportamento alvo, em que o paciente não se envolve em nenhum ensaio de resposta manifesta, mas que permite aprendizagem. (BANDURA, p.77; 1979).

III. MÓDULO 3

A) Atenção Individual

Incentivar os participantes a demonstrarem suas experiências recentes.

B) Estratégias e Informações

- 1) Mitos e Realidades quanto ao parar de fumar. (SHIFFMANN, READ, MALTESE et al., 1993). São orientações aqui oferecidas aos pacientes, para:
- a) trazer expectativas realistas sobre a cessação do fumar;
 - b) permitir a eles o reconhecimento da diferença entre a cessação inicial e os estágios de manutenção;
 - c) permitir o uso da auto-observação na manutenção e
 - d) permitir o uso das estratégias de enfrentamento e respostas de enfrentamento na manutenção, para situações de risco.

- 2) Estratégias de enfrentamento para situações de alto risco: Há estratégias de enfrentamento básicas, tão amplas que são quase universalmente aplicáveis e constituem uma primeira linha de defesa em quase qualquer situação, e o enfoque fundamental de estratégias de enfrentamento. Centra-se nas questões básicas conforme a seguir:
- a) evitação: é uma das estratégias mais efetivas. Uma estratégia de evitação bem planejada pode ajudar muito no sentido de se evitar crises de recaída. No entanto, algumas situações de alto risco não podem ser previstas e o paciente pode não estar disposto a evitar outras. É crítico haver alternativas;
 - b) fuga: é freqüentemente a forma de enfrentamento então, mais eficaz. Caso a evitação e fuga não possam ser implementadas passa-se ao próximo mecanismo;
 - c) distração: esta pode ser alcançada cognitivamente ou comportamentalmente;
 - d) adiamento: é outro mecanismo global de enfrentamento. "Esperar terminar o que estou fazendo e depois decidir"; é forma simples e efetiva de lidar com a vontade de fumar. Pode ser mais fácil dizer "não" por alguns minutos do que para sempre. (SHIFFMANN, READ, MALTESE et al., 1993; AMERICAN Lung Association, 1986).
- 3) Elaboração de um plano de ação para o dia "D". O estabelecimento de um dia em que todos os participantes do grupo param efetivamente de fumar e eventualmente, iniciam o

uso de uma das formas de nicotina de substituição, pareceu-nos adequado, pelo compromisso feito com o paciente em si, com o grupo, com os terapeutas e apoio social. É o estágio de "abandono" da substância psicoativa, componente essencial no transcurso da jornada.

- 4) Orientações quanto à indicação e uso de nicotina de substituição. (SACHS e LEISCHOW, 1991; JARVIK e HENNINGFIELD, 1988). Anteriormente já abordamos a racionalidade do uso de tais fármacos. Neste programa, em analogia ao que ocorre com o tratamento de síndromes de privação de outras substâncias e pelo alto custo dessa medicação em nosso meio, optamos pela prescrição de uma forma transdérmica de nicotina de substituição, a ser usada pelos pacientes que tivessem condições econômicas para sua aquisição e preconizamos tempo menor de uso ao que habitualmente era sugerido pelo laboratório responsável pelo produto, de forma que o tempo médio de utilização do sistema terapêutico transdérmico (STT) de liberação de nicotina foi o uso de 30 mg por duas semanas e de 15 mg por sete dias. (RUSTIN, 1994).

C) Tarefas

- 1) Aquisição do STT.
- 2) Preenchimento dos conteúdos do Plano de Ação para o dia "D".
- 3) Implementação da abstinência ao cigarro no dia estabelecido.

- 4) Iniciar o uso do STT.
- 5) Ouvir o audiocassete (motivacional e de relaxamento) da American Lung Association, 1986.

IV. MÓDULO 4

A) Atenção Individual

Encorajar os participantes a compartilharem suas recentes experiências.

Nesta fase do processo, neste módulo, é o momento da equipe terapêutica oferecer maior tempo disponível ao módulo, para que os participantes apresentem suas dificuldades e progressos até esse dia.

B) Estratégias e Informações

- 1) Exercícios de Relaxamento: A inserção deste conteúdo, faz parte da questão maior de "Procedimentos de Intervenção no Estilo de Vida" (MARLATT e GORDON; p.249-310, 1993) e pode compreender técnicas de meditação, relaxamento hipnótico e auto-hipnose, diversas técnicas de imaginação orientada, massagem, respiração profunda e procedimentos respiratórios. Baseados nas vantagens destas técnicas de relaxamento, que

mostram, por exemplo que pessoas que praticam essas técnicas regularmente descrevem-nas com frequência como uma "viagem" não muito diferente da experimentada pelo uso de diversas substâncias psicoativas, os procedimentos de relaxamento podem oferecer forma substituta de adicção positiva. Comportamentos que geram dependência como o beber e o fumar, também podem servir como estímulos discriminadores para um período de afastamento da rotina habitual. Técnicas de relaxamento podem aqui cumprir esta função. No programa, foram em grupo apresentadas algumas técnicas de respiração (AMERICAN Lung Association, 1986) e relaxamento muscular progressivo (audiocassete), este, também podendo ser desenvolvido de forma compacta. (WYND, 1992).

- 2) Enfrentamento de situações de risco, conforme já relatado acima (Módulo 3).
- 3) Matriz de Decisão: O objetivo de apresentarmos este quadro, é de trazer a nível de consciência do paciente, cada vez que ele manipular esta matriz, as vantagens e desvantagens, a curto e longo prazo, de usar ou não usar os cigarros. Apenas o manuseio da Caderneta de Lembranças e leitura da matriz, se constituem em uma forma global de enfrentamento denominada Distração Cognitiva. (MARLATT e GORDON; p.3-63, 1993).

C) Revisão e Discussão

Faz-se breve revisão do material apresentado, dando-se ênfase aos mecanismos de enfrentamento, com estímulo a participação de cada componente do grupo.

D) Tarefas

- 1) Ler folheto sobre stress. (UMA CONVERSA franca sobre como lidar com o stress, 1992).
- 2) Ler e preencher conteúdos da Caderneta de Lembranças.
- 3) Trocar números telefônicos para mútua ajuda.

V. MÓDULO 5

A) Atenção Individual

- 1) Estimular a participação, solicitando aos pacientes que façam perguntas, dividam entre si as suas experiências - boas e ruins - e como elas se relacionam com o parar de fumar.
- 2) Como está sendo a percepção de desempenho das pessoas escolhidas como apoio social.

B) Estratégias e Informações

- 1) Aborda-se a questão da assertividade e sua relação com o uso dos cigarros, sendo apresentados alguns "Direitos Afirmativos" básicos, voltados à questão do uso dos cigarros, discutindo-os. (SMITH, 1986).
- 2) A Festa. É apresentada a dramatização de uma festa, em vídeo (AMERICAN Lung Association, 1986), onde tem-se a oportunidade de indicar quanto os novos ex-fumantes estão expostos nestes locais, com farta disponibilidade de bebidas, cigarros e pessoas fumando. Discute-se também as formas variadas de enfrentamento das situações de risco, assim como o exercício da assertividade.
- 3) Mecanismos de Defesa. Os mecanismos de defesa (cognições) mais comumente utilizados pelos fumantes são discutidos em função do conhecimento de que quanto mais forem trazidos a nível de consciência menor será a possibilidade de virem a ser utilizados como condição propiciadora à volta do uso dos cigarros. (SHIFFMAN, READ, MALTESE et al., 1993).

C) Tarefas

- 1) Ler e preencher os conteúdos do manual.
- 2) Ler e permanecer com a Caderneta de Lembranças.

VI. MÓDULO 6

A) Atenção Individual

Como você tem enfrentado os seus desejos de fumar? É estimulada a explicitação das formas de enfrentamento e troca de experiências.

B) Estratégias e Informações

1) Estratégias em caso de lapso. Neste momento do processo, apresentamos formas de se lidar com lapsos, ou seja: compreendendo-se dependência como processo crônico e que superá-lo implica em "Jornada", mostra-se que quase todas as jornadas envolvem revezes menores, frustrações e desapontamentos. Um lapso pode ser entendido, aqui, como "dar uma tragada", ou "fumar unzinho". Ora, esta condição não precisa, necessariamente, terminar em recaída, e isto é discutido em grupo. Perceber o que está acontecendo, manter a calma, renovar o combinado, rever a situação que antecedeu o lapso, fazer um plano imediato de recuperação e pedir ajuda, fazem parte das estratégias recomendadas em caso de lapso. (MARLATT; p.178-248, 1993).

2) Teste de Competência Situacional para Fumantes: Tem como objetivo fazer uma avaliação das habilidades de enfrentamento dos ex-fumantes. Testa-se as respostas do

paciente em uma faixa de situações de alto-risco, facilitadoras de lapso/recaída. Isto é feito através de narrativas orais de dez situações promotoras. Oferece-nos um panorama do repertório de enfrentamento do paciente e a oportunidade de discutirmos dificuldades especiais. (SHIFFMAN, READ, MALTESE et al., 1993).

C) Revisão e Discussão

São revisados temas anteriormente abordados e estimulada a troca de experiências.

D) Tarefas

- 1) Quais tem sido as situações difíceis para você?
- 2) Apresente formas de enfrentamento destas situações.

VII. MÓDULO 7

A) Atenção Individual

- 1) Estímulo à troca de experiências.
- 2) Aferição da Concentração de CO no ar pulmonar exalado. É feita a aferição, através do aparelho *Smokerlyser*. Em menos de um minuto, obtém-se leitura do CO do ar pulmonar exalado,

que se correlaciona bem aos níveis de carboxi-hemoglobina e número de cigarros fumados diariamente. É uma evidência objetiva, imediata da exposição a uma substância comprovadamente tóxica, o que leva o paciente a perceber o fumo como um risco à saúde pessoal, sendo neste momento de auxílio para comprovar a abstinência auto-relatada. Serve da mesma forma, como fator de retroalimentação positiva, quando comparado aos índices prévios ao início do programa.

- 3) Apresentação individual dos benefícios percebidos com o parar de fumar.

B) Estratégias e Informações

Benefícios gerais colhidos pelos ex-fumantes, com o parar de fumar a curto, médio e longo prazo, individuais, nos circunstâncias e natureza.

C) Revisão e Discussão

Aborda-se novamente o tema "O parar de fumar como um processo" e o paciente como agente ativo de seu processo de mudança. Através de diapositivos faz-se uma retrospectiva do programa, até o momento atual em que os participantes se

encontram. Na seqüência apresenta-se o caminho que ainda deve ser percorrido, no qual cada um vai, ao longo do tempo, deparando-se com situações de risco mais administráveis e espaçadas no tempo, com compulsões menores em freqüência e intensidade, ao passo que o ex-fumante passa a colher os benefícios decorrentes do parar de fumar, também ao longo desta jornada.

D) Tarefas (a serem desenvolvidas no local)

Características pessoais que admiro em um ex-fumante.

E) Encerramento

Nesta ocasião a equipe terapêutica coloca-se à disposição do paciente, de modo a ser contactada em caso de necessidade, e é lembrado a cada um, que ao final de seis meses serão novamente solicitados, com a finalidade de se discutirem as dificuldades e progressos ao longo do processo da mudança do hábito de fumar.

VIII. ACOMPANHAMENTO

Após seis meses do término do programa fez-se contacto com os pacientes que haviam completado os módulos e aplicou-se um questionário (vide anexos), com questões referentes às condições atuais do paciente e sua situação relativa ao fumar aos três meses do término do programa, assim como lhes foi aferida a concentração de CO no ar pulmonar exalado (sem que houvesse evidência prévia da aplicação deste teste) e aplicado um questionário com perguntas abertas, relativas a aspectos positivos e negativos encontrados no programa, assim como sugestões para melhorá-lo. Foi também aplicado um questionário para avaliação em "blocos afins" e global do programa, com escores aquilatados pelos pacientes, variando em escala de um a dez, conforme os mesmos considerassem sem utilidade (um) até muito útil (dez), os conteúdos do programa, usando os números intermediários para aquilatar as gradações entre os dois extremos (vide anexos). Os pacientes que tiveram insucesso na manutenção da abstinência, conforme verificou-se pelas respostas dadas e pela aferição da concentração de CO no ar pulmonar exalado, recebiam uma carta, que enfatizava a importância da participação no programa, mostrando que recaída é um evento comum neste processo e que o único fracasso existente seria o do paciente não lançar-se em nova tentativa organizada de parar de fumar. Os pacientes que alcançaram

sucesso no programa (permaneciam sem fumar na avaliação aos seis meses), recebiam uma carta motivando-os a permanecerem na "Jornada" .

IX. INTERVENÇÃO BREVE

Com os pacientes que se inscreveram no programa, mas que não compareceram à avaliação inicial, foram realizados novos contactos após o encerramento formal do Programa de Avaliação e Atendimento ao Fumante. Foi-lhes oferecida a possibilidade de avaliação, o que ocorreu com 21 pacientes. Os procedimentos realizados foram os mesmos descritos para a Avaliação Inicial, com a ressalva de que, por não haver previsão de realização de novo programa, os pacientes fizessem tentativas individuais para parar de fumar. Estas, seriam avaliadas ao término de seis meses. Este procedimento coaduna-se com uma das formas genéricas de classificação da intervenção breve, ou seja, o simples aconselhamento (FORMIGONI, 1992; RUSSELL, WILSON et al., 1979), sendo que a eficácia desta intervenção é apresentada em Resultados e Discussão.

7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística para estudo do Programa de Avaliação e Atendimento ao Fumante, foi realizada em três etapas, a saber:

1. **Adesão ao Programa ;**
2. **Eficácia do Programa;**
3. **Avaliação do Programa.**

1 ADESÃO AO PROGRAMA

A Adesão ao Programa foi estudada primeiramente verificando os motivos atribuídos pelos pacientes para não iniciarem ou para desistirem do programa. Foram considerados 33 pacientes. Na seqüência, os 113 pacientes estudados foram alocados em 2 grupos: o grupo que não completou o programa e o grupo que completou o programa. No grupo que não completou o programa estão os pacientes que se inscreveram ao mesmo e

fizeram a consulta inicial, os pacientes que foram submetidos a uma intervenção breve e os pacientes que iniciaram o programa e o abandonaram no seu transcorrer.

Foram analisados fatores que poderiam estar associados à adesão.

Os fatores numéricos estudados foram: a idade, o Questionário de Tolerância de Fagerström - QTF (FAGERSTRÖM, 1978), os critérios para dependência do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, terceira edição revisada - DSM III-R (vide anexos), o número de cigarros fumados diariamente antes da inscrição no Programa e a concentração de monóxido de carbono no ar pulmonar exalado, antes do início do Programa.

Os fatores não numéricos estudados foram: a avaliação do estágio motivacional, o sexo, a escolaridade, o fato de já haver tentado parar de fumar anteriormente, existência ou não de fumantes em casa e a presença de problemas orgânicos presumivelmente associados ao tabagismo. Os pacientes foram acompanhados durante seis meses, ao final dos quais foi feita uma avaliação do resultado do programa no momento e, retrospectivamente, aos três meses de seguimento.

Para as comparações entre o grupo que completou o programa e o grupo que não completou o programa foram

utilizados testes "t" de Student e testes qui-quadrado para fatores numéricos e não numéricos, respectivamente. Nas ocasiões em que os pressupostos para a utilização do teste qui-quadrado não eram verificados, utilizou-se o teste exato de Fisher.

As decisões foram tomadas ao nível de significância de 5%. Nos casos em que o nível de significância era superior a 5%, mas bastante próximo deste valor, comentou-se a tendência de diferenças entre os grupos.

2 EFICÁCIA DO PROGRAMA

A Eficácia do programa foi estudada, dividindo-se a amostra em dois grupos: o grupo que não continuava fumando aos seis meses e o grupo que continuava fumando aos seis meses após o término do programa.

Foram analisados fatores que poderiam estar associados à eficácia do programa.

Os fatores numéricos estudados foram: a idade, o Questionário de Tolerância de Fagerström, os critérios para dependência do DSM III-R, o número de cigarros fumados

diariamente antes da inscrição ao programa, o uso de Sistema Terapêutico Transdérmico de liberação de nicotina (STT) e seu tempo de uso preconizado e a concentração de monóxido de carbono no ar pulmonar exalado antes do início do programa e no acompanhamento aos seis meses.

Os fatores não numéricos estudados foram: a avaliação do estágio motivacional, o sexo, a escolaridade, o fato de já ter tentado parar de fumar anteriormente, haver ou não fumantes em casa e ter problemas orgânicos presumivelmente associados ao tabagismo. Os pacientes foram acompanhados durante seis meses, ao final do qual foi feita uma avaliação do resultado do programa no momento e aos três meses de seguimento.

Para as comparações entre o grupo que parou de fumar e o grupo que não parou foram utilizados testes "t" de Student e testes qui-quadrado para fatores numéricos e não numéricos, respectivamente. Nas ocasiões em que os pressupostos para a utilização do teste qui-quadrado não eram verificados, utilizou-se o teste exato de Fisher.

As decisões foram tomadas ao nível de significância de 5%. Nos casos em que o nível de significância era superior a 5%, mas bastante próximo deste valor, comentou-se a tendência de diferenças entre os grupos.

3 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

Para a Avaliação do programa, além de perguntas abertas que mostravam impressões e sugestões dos pacientes sobre o mesmo, respondidas por 42 pacientes, foi formulado um questionário de avaliação do conteúdo do programa, a ser respondido voluntariamente pelos pacientes que nele se inscreveram e o completaram. Participaram pacientes que tiveram sucesso (n=11) e que não tiveram sucesso (n=8), considerando-se "sucesso" a manutenção da abstinência constatada aos seis meses.

Foram comparados os resultados das notas para os dois grupos de pacientes através do teste "t" de Student. Considerou-se divergência entre os dois grupos quando o nível de significância foi superior a 5%.

8 RESULTADOS E SUA DISCUSSÃO

8.1 ADESÃO AO PROGRAMA

TABELA 1 - ADESÃO AO PROGRAMA: MOTIVOS ATRIBUÍDOS PELOS PACIENTES PARA NÃO INÍCIO OU DESISTÊNCIA DO PROGRAMA

Motivos	Número	Percentual
Horários incompatíveis	14	42,42
Receio de expor-se	02	6,06
Eventos vitais	11	33,33
Outros	04	12,12
Não especificou	02	6,06
Total	33	100,00

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO MOTIVACIONAL (AEM)

Houve diferença significativa entre o grupo que completou o programa e o que não completou o programa ($p=0,016$). A percentagem de pacientes "prontos para a ação" no grupo que completou o programa é maior que a de pacientes que não completaram o programa. Conclui-se portanto que o estágio motivacional dos pacientes é fator importante para que os mesmos completem o programa.

TABELA 2 - AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO MOTIVACIONAL (AEM) ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA

AEM	Não completou		Completou		Total
	Número	%	Número	%	Número
PC	20	31,3	06	12,3	26
C/CC	28	43,7	20	40,8	48
PA	16	25,0	23	46,9	39
Total	64	100,0	49	100,0	113

IDADE

A média de idade do grupo que completou o programa é maior do que a do grupo que não completou o programa. O nível de significância obtido foi de $p=0,0218$. A idade foi fator importante para completar o programa. Pacientes mais velhos completaram mais o programa.

TABELA 3 - AVALIAÇÃO DA IDADE ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA

Idade	Não completou		Completou		Total
	Número	%	Número	%	Número
22 - 29	8	12,5	3	6,1	11
30 - 39	35	54,7	23	47,0	58
40 - 49	15	23,4	15	30,7	30
52 - 59	6	9,4	6	12,2	12
70 - 76	0	0,0	2	4,0	2
Total	64	100,0	49	100,0	113

SEXO

O sexo foi fator importante para completar o programa. A percentagem de pacientes do sexo feminino que completou o programa foi maior que a de pacientes do sexo masculino ($p=0,0422$).

TABELA 4 - AVALIAÇÃO DOS PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA SEGUNDO O SEXO

Sexo	Não completou		Completou		Total
	Número	%	Número	%	Número
Masculino	37	57,8	18	36,7	55
Feminino	27	42,2	31	63,3	58
Total	64	100,0	49	100,0	113

ESCOLARIDADE

A escolaridade não foi determinante no fato de que os pacientes houvessem ou não completado o programa. O nível de significância obtido foi de $p=0,064$. O fato do nível de significância ter ficado próximo aos 5% indica que houve tendência das pessoas com maior grau de escolaridade em terminar o programa. A percentagem de pacientes com terceiro grau que completaram o programa é maior que a dos que não o completaram.

TABELA 5 - AVALIAÇÃO DA ESCOLARIDADE ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA

Escolaridade	Não completou		Completou		Total
	Número	%	Número	%	Número
1º Grau	5	7,8	7	14,3	12
2º Grau	32	50,0	14	28,6	46
3º Grau	27	42,2	28	57,1	55
Total	64	100,0	49	100,0	113

TENTATIVAS ANTERIORES DE PARAR DE FUMAR

Não houve diferença significativa entre pacientes que tentaram parar ou pararam de fumar anteriormente e os pacientes que não tentaram, para a complementação do programa. O nível de significância obtido foi de $p=0.139$. O fato de ter tentado parar anteriormente não influenciou na complementação do programa.

TABELA 6 - AVALIAÇÃO QUANTO A TENTATIVAS ANTERIORES DE PARAR DE FUMAR ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA

Parou ou tentou	Não completou		Completou		Total
	Número	%	Número	%	Número
Sim	53	82,8	46	93,9	99
Não	11	17,2	3	6,1	14
Total	64	100,0	49	100,0	113

FUMANTES EM CASA

A percentagem de pacientes que não completaram o programa e que tinham fumantes em casa foi maior do que a dos que não tinham fumantes em casa. O nível de significância obtido foi de $p < 0.0001$. O resultado altamente significativo implica que ter fumantes em casa, colabora para que os pacientes não completem o programa. O que sugere que na época do programa, ele deve ser estendido para os familiares dos pacientes.

TABELA 7 - AVALIAÇÃO QUANTO A PRESENÇA DE OUTROS FUMANTES EM CASA ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA

Fumantes em casa	Não completou		Completo		Total
	Número	%	Número	%	Número
Sim	39	90,7	26	53,1	65
Não	4	9,3	23	46,9	27
Total	64	100,0	49	100,0	92

PROBLEMA ORGÂNICO

Ter algum problema orgânico não influenciou em terminar o programa. O nível de significância obtido foi de $p = 0.098$.

TABELA 8 - AVALIAÇÃO QUANTO A PRESENÇA DE PROBLEMAS ORGÂNICOS ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA

Problema orgânico	Não completou		Completo		Total
	Número	%	Número	%	Número
Sim	56	87,5	36	73,5	92
Não	8	12,5	13	26,5	21
Total	64	100,0	49	100,0	113

QTF

A média do Questionário de Tolerância de Fagerström dos dois grupos não foi significativamente diferente, $p=0.1905$.

TABELA 9 - AVALIAÇÃO QUANTO À MÉDIA DO QTF ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA

QTF	Não completou		Completo		Total
	Número	%	Número	%	Número
5 ou menos	22	34,4	20	42,6	42
6 ou mais	42	65,6	27	57,4	69
TOTAL	64	100,0	47	100,0	111

D.S.M. III-R

A média do DSM III-R não foi significativamente diferente entre os dois grupos, $p=0.1987$.

TABELA 10 - AVALIAÇÃO QUANTO À MÉDIA DO D.S.M. III-R ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA

D.S.M. III-R	Não completou		Completo		Total
	Número	%	Número	%	Número
< 3	4	6,2	0	0,0	4
3 e 4	14	21,9	10	23,8	24
5 a 7	46	71,9	32	76,2	78
total	64	100,0	42	100,0	106

RELAÇÃO QTF/DSM III-R

A correlação entre o QTF e o DSM III-R, mostrou-se fraca. O teste qui-quadrado realizado para a verificação da independência entre os dois resultados, foi significativo com nível de significância de $p=0,0017$, indicando independência entre os dois resultados. O coeficiente de contingência calculado foi de $r=0,26$, o que significa que existe somente 26% de concordância entre os dois resultados.

TABELA 11 - CORRELAÇÃO ENTRE O QTF E O D.S.M. III-R

QTF	DSM III-R						Total
	<3	%	3 a 4	%	5 a 7	%	
5 ou menos	3	7,3	14	34,2	24	58,5	41
6 ou mais	1	1,5	10	15,4	54	83,1	65
Total	4		24		78		106

NÚMERO DE CIGARROS POR DIA

A média de cigarros fumados por dia pelos pacientes que não completaram o programa foi maior do que a média dos que continuaram o programa. Embora esta diferença não tenha sido significativa a 5% de significância, o foi para 6%. O nível de significância obtido foi de $p=0,0575$, o que pode confirmar a diferença.

TABELA 12 - AVALIAÇÃO QUANTO À MÉDIA DE CIGARROS FUMADOS POR DIA ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA

Número de Cigarros por dia	Não completou		Completou		Total
	Número	%	Número	%	Número
05 - 15	21	32,8	19	38,8	40
16 - 25	21	32,8	22	44,9	43
26 ou mais	22	34,4	8	16,3	30
TOTAL	64	100,0	49	100,0	113

CONCENTRAÇÃO DE CO PRÉ-INTERVENÇÃO

Não houve diferença entre as médias de [CO] pré-intervenção para os dois grupos. O nível de significância obtido foi de $p=0,4793$.

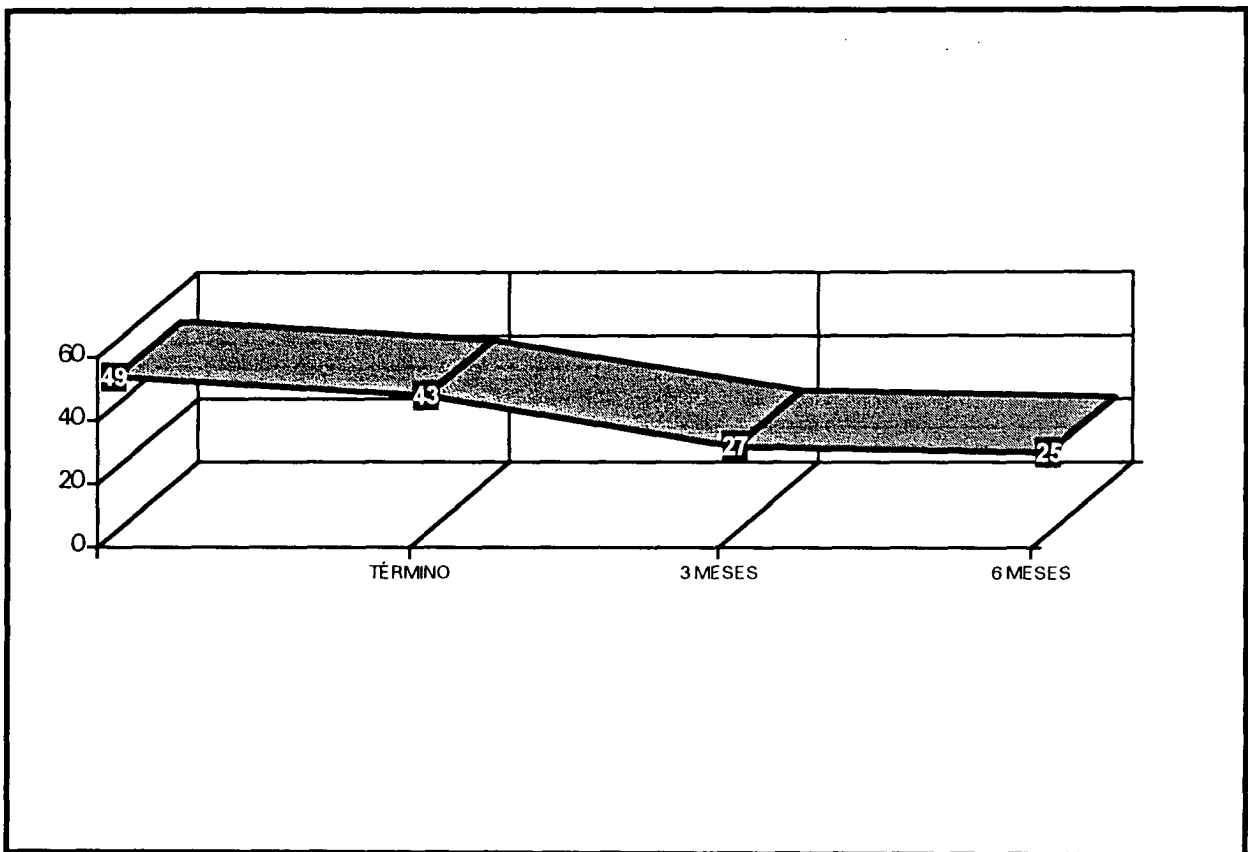
TABELA 13 - AVALIAÇÃO QUANTO À MÉDIA DA [CO] PRÉ-INTERVENÇÃO ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA

[CO] Pré-Intervenção	Não completou		Completo		Total
	Número	%	Número	%	Número
00 - 10	9	14,3	6	12,2	15
11 - 20	16	25,4	14	28,6	30
21 - 30	18	28,6	15	30,6	33
31 - 40	12	19,0	6	12,2	18
41 ou mais	8	12,7	8	16,4	16
Total	63	100,0	49	100,0	112

CONTINUA FUMANDO

Dos pacientes que completaram o programa, 40.5% continuaram fumando após a avaliação aos seis meses, enquanto que 94% dos pacientes que não completaram o programa continuaram fumando. Esta diferença foi altamente significativa com $p<0,0001$. Este resultado mostra a eficácia do programa. O detalhamento dos fatores para a eficácia do programa serão discutidos no próximo item.

GRÁFICO 1 - ÍNDICE DE ABSTINÊNCIA AO TÉRMINO DO PROGRAMA, AOS 3 MESES E AOS 6 MESES DO TÉRMINO



Fonte: Tabela 14 e Banco de Dados

Observa-se a situação particular dos pacientes que pararam de fumar e que não completaram o programa. Foram os pacientes submetidos à Intervenção Breve, sendo que um paciente apresentava-se no estágio motivacional "Preparado para a Ação", o segundo, cessou o uso após um infarto agudo do miocárdio e o terceiro, portador de grave valvopatia reumática, cessou após evento de fibrilação atrial.

TABELA 14 - AVALIAÇÃO QUANTO À CONDIÇÃO DE ESTAR OU NÃO FUMANDO ENTRE PACIENTES QUE NÃO COMPLETARAM E QUE COMPLETARAM O PROGRAMA

Continua fumando	Não completou		Completo		Total
	Número	%	Número	%	Número
Não	3	6,0	25	59,5	28
Sim	47	94,0	17	40,5	64
Total	50	100,0	42	100,0	92

8.2 AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO PROGRAMA

A última tabela do item anterior mostrou a eficácia do programa. Objetiva-se agora, verificar os fatores facilitadores desta eficácia. Portanto os resultados discutidos neste item se referem aos pacientes que completaram o programa. Os pacientes foram divididos em dois grupos, o dos que pararam de fumar e o dos que não pararam de fumar após o término do programa.

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO MOTIVACIONAL

Não houve diferença significativa entre o grupo que parou de fumar e o que não parou de fumar no que diz respeito

ao estágio motivacional dos pacientes. O nível de significância encontrado foi de $p=0,11$.

TABELA 15 - AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO MOTIVACIONAL ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES

AEM	Parou		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
PC	1	4,0	4	23,5	5
CC/C	11	44,0	4	23,5	15
PA	13	52,0	9	53,0	22
Total	25	100,0	17	100,0	42

IDADE

Não houve diferença significativa entre a média de idade dos pacientes que pararam de fumar e dos que não pararam. O nível de significância obtido foi de $p=0,09$.

TABELA 16 - AVALIAÇÃO DA MÉDIA DE IDADE ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES

Idade	Parou		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
24 - 29	1	4,0	1	5,9	2
30 - 39	12	48,0	7	41,2	19
41 - 49	10	40,0	3	17,6	13
52 - 59	1	4,0	5	29,4	6
70 - 76	1	4,0	1	5,9	2
Total	25	100,0	17	100,0	42

SEXO

Não houve diferença significativa no que se refere ao sexo entre pacientes que pararam de fumar e dos que continuaram fumando, $p=0,43$.

TABELA 17 - AVALIAÇÃO QUANTO AO SEXO ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES

Sexo	Parou		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
Masculino	10	40,0	4	23,5	14
Feminino	15	60,0	13	76,5	28
Total	25	100,0	17	100,0	42

TENTATIVAS ANTERIORES DE PARAR DE FUMAR

Não houve diferença significativa na eficácia do programa, entre pessoas que tentaram parar ou pararam de fumar anteriormente ao programa e as pessoas que não tentaram parar de fumar, $p=0,65$.

TABELA 18 - AVALIAÇÃO QUANTO A TENTATIVAS ANTERIORES DE PARAR DE FUMAR ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES

	Parou		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
Parou ou tentou	24	96,0	16	94,0	40
Não parou / não tentou	1	4,0	1	6,0	2
Total	25	100,0	17	100,0	42

FUMANTES EM CASA

Não foi significativa a diferença entre aqueles que pararam de fumar com aqueles que não pararam de fumar, sendo que ambos tinham fumantes em casa, $p= 0,81$.

TABELA 19 - AVALIAÇÃO QUANTO A PRESENÇA DE FUMANTES EM CASA ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES

	Parou		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
Fumantes em casa	14	56,0	11	64,7	25
Não fumantes em casa	11	44,0	6	35,3	17
Total	25	100,0	17	100,0	42

PROBLEMA ORGÂNICO

Não houve diferença significativa entre os pacientes que tinham problemas orgânicos e os que não tinham problemas orgânicos, $p=0,47$.

TABELA 20 - AVALIAÇÃO QUANTO A PRESENÇA DE PROBLEMAS ORGÂNICOS ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES

	Parou		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
Problema orgânico	17	68,0	14	82,4	31
Sem problema orgânico	8	32,0	3	17,6	11
Total	25	100,0	17	100,0	42

QTF

A média do QTF dos dois grupos é igual. $p=1$.

TABELA 21 - AVALIAÇÃO DA MÉDIA DO QTF ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES

QTF	Parou		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
5 ou menos	12	50,0	8	50,0	20
6 ou mais	12	50,0	8	50,0	20
Total	25	100,0	17	100,0	40

D.S.M. III-R

A média de DSM III-R dos dois grupos não foi significativamente diferente. $p=1$.

TABELA 22 - AVALIAÇÃO DA MÉDIA DO D.S.M. III-R ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES

D.S.M. III-R	Parou		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
< 3	6	24,0	4	23,5	10
3 e 4	16	64,0	11	64,7	27
5 a 7	3	12,0	2	11,8	5
Total	25	100,0	17	100,0	42

NÚMERO DE CIGARROS POR DIA

Não houve diferença entre as médias dos dois grupos.

$p=0,40$.

TABELA 23 - AVALIAÇÃO QUANTO À MÉDIA DO NÚMERO DE CIGARROS FUMADOS POR DIA ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES

Número de Cigarros por dia	Parou		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
05 - 15	10	40,0	7	41,2	17
16 - 25	11	44,0	8	47,0	19
26 ou +	4	16,0	2	11,8	6
Total	25	100,0	17	100,0	42

USO DO STT

Não houve diferença significativa entre os dois grupos.

$p=0,31$.

Dos pacientes que pararam de fumar 56% usou STT, enquanto que 64,7% dos pacientes que não pararam de fumar não usaram o STT.

TABELA 24 - AVALIAÇÃO QUANTO AO USO DO STT ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES

STT	Parou		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
Usou	14	56,0	6	35,3	20
Não usou	11	44,0	11	64,7	22
Total	25	100,0	17	100,0	42

TEMPO QUE USOU FOI IGUAL AO PRESCRITO

Não houve diferença significativa entre os grupos.

$p=0,30$.

TABELA 25 - AVALIAÇÃO QUANTO AO TEMPO DE USO PRESCRITO ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES

Tempo de uso igual ao prescrito	Parou		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
Sim	4	28,6	3	60,0	7
Não	10	71,4	2	40,0	12
Total	14	100,0	5	100,0	19

CONCENTRAÇÃO DE CO PRÉ-INTERVENÇÃO

Não houve diferença significativa entre as médias de concentração de CO pré-intervenção para os dois grupos. $p=0,33$.

TABELA 26 - AVALIAÇÃO DA [CO] PRÉ-INTERVENÇÃO ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES

[CO] Pré-Intervenção	Parou		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
0 - 10	4	16,0	2	11,8	6
11 - 20	6	24,0	5	29,4	11
21 - 30	6	24,0	6	35,2	12
31 - 40	4	16,0	2	11,8	6
41 ou +	5	20,0	2	11,8	7
Total	25	100,0	17	100,0	42

CONCENTRAÇÃO DE CO PÓS-INTERVENÇÃO

Há diferença significativa entre os dois grupos. $p=0,00000005$.

Dos pacientes que pararam de fumar 100% tinham até 10 ppm em concentração de CO, enquanto que entre os pacientes que não pararam de fumar a concentração de CO chega até 40 ppm.

TABELA 27 - AVALIAÇÃO DA [CO] PÓS-INTERVENÇÃO ENTRE PACIENTES QUE PARARAM E QUE NÃO PARARAM DE FUMAR AOS 6 MESES

[CO] Pós-Intervenção	Parou		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
0 - 10	25	100,0	1	5,9	26
11 - 20	0	0,0	5	29,4	5
21 - 30	0	0,0	9	52,9	9
31 - 40	0	0,0	2	11,8	2
Total	25	100,0	17	100,0	42

Conclui-se portanto que os fatores estudados não foram determinantes na opção dos pacientes em parar de fumar. O programa mostrou-se desta forma, o fator primordial para que os pacientes deixassem o cigarro, sendo necessário considerarmos o tamanho limitado da amostra. Alguns fatores estudados, no entanto foram importantes para a determinação da adesão ao programa. Estes foram: O estágio motivacional, a idade, o sexo, a escolaridade, ter ou não fumantes em casa e o número de cigarros fumados por dia.

Aos pacientes que recaíram (vinte responderam esta questão), foi-lhes solicitado que informassem o motivo pelo qual o objetivo não foi alcançado. As respostas estão indicadas na tabela 28.

TABELA 28 - MOTIVO PELO QUAL O OBJETIVO NÃO FOI ALCANÇADO

Motivos	Número	Percentual
Pressão social	2	10,0
Falta de força de vontade	4	20,0
Impulso muito forte para usar	5	25,0
Outros: sócio-familiar	5	25,0
stress	3	15,0
descuido	1	5,0
Total	20	100,0

8.3 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA (vide anexo)

Em 42 pacientes que completaram o programa e fizeram o retorno, foram aplicadas 3 perguntas abertas que avaliassem aspectos do mesmo.

Primeira pergunta: Para você, qual foi o aspecto mais positivo do programa?

TABELA 29 - ASPECTOS POSITIVOS DO PROGRAMA

Aspectos	Número	Percentual
Técnicos	26	61,90
Vínculo terapêutico	11	26,19
Vínculo intra-grupo	7	16,66
Todo o programa	8	19,04
Total	52	

Algumas das respostas: "A preparação para o parar. Algo natural, que não despertou ansiedade"; "Estabelecer um dia "D"; "Não sentir-me coagido a parar"; "Oportunidade do retorno quando necessário"; "O compromisso em parar"; "Partilhar experiências com outros"; "Esclarecimento de forma inteligente"; "O compromisso com alguém"; "O compromisso com a equipe".

Segunda pergunta: Do que você menos gostou no programa?

TABELA 30 - ASPECTOS NEGATIVOS DO PROGRAMA

Aspectos	Número	Percentual
Não encontraram aspectos negativos	36	85,7
Aspectos técnicos	7	14,3
Total	43	

Terceira Pergunta: Qual seria a sua sugestão para melhorar o programa?

TABELA 31 - SUGESTÕES PARA MELHORAR O PROGRAMA

Sugestões	Número	Percentual
Não apresentaram sugestões	20	47,61
Estreitar o seguimento	8	19,04
Prolongar o programa	7	16,66
Aspectos técnicos	6	14,28
Aspectos logísticos	2	4,76
Total	43	

QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO "EM BLOCO" DO PROGRAMA

AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL

TABELA 32 - AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE CONSULTA MÉDICA INDIVIDUAL ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR

	Parou de fumar		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
8	6	54,5	1	12,5	7
9	1	9,1	0	0,0	1
10	4	36,4	7	87,5	11
Total	11	100,0	8	100,0	19

AFERIÇÃO DA [CO] NO AR EXALADO

TABELA 33 - AVALIAÇÃO DA [CO] NO AR EXALADO ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR

	Parou de fumar		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
7	1	9,1	1	12,5	2
8	2	18,2	1	12,5	3
9	3	27,3	0	0,0	3
10	5	45,5	6	75,0	11
Total	11	100,0	8	100,0	19

ORIENTAÇÕES PARA SEREM IMPLEMENTADAS ATÉ O DIA "D"

TABELA 34 - AVALIAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES A SEREM IMPLEMENTADAS ATÉ O DIA "D" ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR

	Parou de fumar		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
7	1	9,1	0	0,0	1
8	3	27,3	0	0,0	3
9	3	27,3	1	12,5	4
10	4	36,4	7	87,5	11
Total	11	100,0	8	100,0	19

TAREFAS DE PERCEPÇÃO DO " MEU " FUMAR

TABELA 35 - AVALIAÇÃO DAS TAREFAS DE PERCEPÇÃO DO FUMAR ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR

	Parou de fumar		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
5	1	9,1	0	0,0	1
6	1	9,1	0	0,0	1
7	1	9,1	1	12,5	2
8	3	27,3	2	25,0	5
9	4	36,4	1	12,5	5
10	1	9,1	4	50,0	5
Total	11	100,0	8	100,0	19

COMPROMISSOS ASSUMIDOS

TABELA 36 - AVALIAÇÃO DOS COMPROMISSOS ASSUMIDOS, ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR

	Parou de fumar		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
7	2	18,2	.	.	2
8	2	18,2	2	25,0	4
9	1	9,1	4	50,0	5
10	6	54,5	2	25,0	8
Total	11	100,0	8	100,0	19

APOIO DO GRUPO

TABELA 37 - AVALIAÇÃO DO APOIO DO GRUPO ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR

	Parou de fumar		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
6	2	18,2	.	.	2
7	.	.	1	12,5	1
8	5	45,5	2	25,0	7
9	.	.	1	12,5	1
10	4	36,4	4	50,0	8
Total	11	100,0	8	100,0	19

COMO O "MEU" FUMAR ME AFETA FISICAMENTE

TABELA 38 - AVALIAÇÃO DO QUANTO O "MEU" FUMAR ME AFETA FISICAMENTE, ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR

	Parou de fumar		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
6	1	9,1	0	0,0	1
7	2	18,2	0	0,0	2
8	2	18,2	3	37,5	5
9	2	18,2	0	0,0	2
10	4	36,4	5	62,5	9
Total	11	100,0	8	100,0	19

PARTICIPAÇÃO DO CONSULTOR

TABELA 39 - AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO CONSULTOR ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR

	Parou de fumar		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
6	1	9,1	0	0,0	1
7	0	0,0	0	0,0	0
8	1	9,1	1	12,5	2
9	4	36,4	1	12,5	5
10	5	45,5	6	75,0	11
Total	11	100,0	8	100,0	19

APOIO SOCIAL

TABELA 40 - AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR

	Parou de fumar		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
1	1	9,1	1	12,5	2
5	1	9,1	0	0,0	1
6	3	27,3	1	12,5	4
7	3	27,3	1	12,5	4
8	1	9,1	1	12,5	2
9	1	9,1	2	25,0	3
10	1	9,1	2	25,0	3
Total	11	100,0	8	100,0	19

HABILITAR -ME QUANTO AOS MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO

TABELA 41 - AVALIAÇÃO DO "HABILITAR-ME QUANTO AOS MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO" ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR

	Parou de fumar		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
4	0	0,0	1	12,5	1
7	0	0,0	1	12,5	1
8	2	18,2	3	37,5	5
9	2	18,2	0	0,0	2
10	7	63,6	3	37,5	10
Total	11	100,0	8	100,0	19

ABORDAGEM QUANTO À OCORRÊNCIA DE LAPSOS

TABELA 42 - AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM QUANTO À OCORRÊNCIA DE LAPSOS ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR

	Parou de fumar		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
4	0	0,0	1	12,5	1
6	1	9,1	0	0,0	1
8	3	27,3	3	37,5	6
9	2	18,2	1	12,5	3
10	5	45,5	3	37,5	8
Total	11	100,0	8	100,0	19

USO DE NICOTINA DE SUBSTITUIÇÃO

TABELA 43 - AVALIAÇÃO DO USO DA NICOTINA DE SUBSTITUIÇÃO ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR

	Parou de fumar		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
5	0	0,0	2	28,6	2
6	1	9,1	1	14,3	2
7	0	0,0	1	14,3	1
8	2	18,2	0	0,0	2
9	1	9,1	0	0,0	1
10	7	63,6	3	42,9	10
Total	11	100,0	8	100,0	18

MATERIAL DE APOIO

TABELA 44 - AVALIAÇÃO DO MATERIAL DE APOIO ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR

	Parou de fumar		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
5	1	9,1	0	0,0	1
7	1	9,1	0	0,0	1
8	2	18,2	0	0,0	2
9	3	27,3	0	0,0	3
10	4	36,4	8	100,0	12
Total	11	100,0	8	100,0	19

O PROGRAMA COMO "UM TODO"

TABELA 45 - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA COMO "UM TODO" ENTRE OS PACIENTES QUE PARARAM E OS QUE NÃO PARARAM DE FUMAR

	Parou de fumar		Não parou		Total
	Número	%	Número	%	Número
8	1	10,0	2	28,6	3
9	4	40,0	2	28,6	6
10	5	50,0	3	42,9	8
Total	11	100,0	8	100,0	19

9 DISCUSSÃO

A forma terapêutica de abordagem de uma condição reconhecida como dependência química relaciona-se em parte a conceitos que tenha o terapeuta ou a equipe terapêutica da natureza das dependências químicas. No entanto, como afirma ORFORD (1994):

As dependências correspondem a uma área do conhecimento humano onde a integração das diferentes ciências humanas tem sido difícil de ser atingida. Devido à existência de determinantes das dependências químicas nas áreas biológica, psicológica e sociocultural, qualquer tentativa de síntese neste campo enfrenta complexidades. Tem-se que considerar o fato de que a dependência, em si mesma um conceito multidimensional, tem suas variáveis e determinantes interagindo de uma forma complexa e que esta complexidade é suficientemente aparente se tomarmos um determinado momento no tempo, mas torna-se infinitamente mais complexa quando tomamos uma perspectiva longitudinal acerca da vida das pessoas.

Daí o surgimento de vários modelos que visam abordar a questão. (RUSTIN, 1994).

Considerando aspectos anteriormente reportados, dizendo respeito à possibilidade de médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais da saúde poderem proporcionar assistência a pacientes, no objetivo de fazê-los parar de fumar (SCHWARTZ, 1992) e, entendendo que abordagens conforme as propostas de MARLATT e GORDON (1993) poderiam cumprir este desiderato, e verificando que o suporte teórico

implícito no modelo deste autor foi para nós altamente motivador, acrescido de outras bibliografias já citadas, desenvolvemos o Programa de Avaliação e Atendimento ao Fumante, tendo como espinha dorsal o enfoque fundamental de que se os indivíduos (em abstinência) tem um senso de auto-eficácia e uma resposta de enfrentamento adequada, situações de risco para o uso de drogas podem ser manejadas, preservando a manutenção da abstinência. Entretanto, se eles não dispõem de ou não apresentam resposta de enfrentamento adequada, experimentam uma sensação de impotência. Isto aumenta a probabilidade de ceder à tentação para usar a droga, freqüentemente representando uma resposta de enfrentamento mal-adaptativa a situações como conflito ou sentimentos de frustração. Se a pessoa tem expectativas positivas acerca dos efeitos da substância, a probabilidade de seu uso é aumentada ainda mais. Considera-se também que o movimento de um único deslize para uma plena recaída depende das atribuições que a pessoa dá à causa do lapso. Se uma pessoa está comprometida com a completa abstinência, um único lapso pode ser sinal de fracasso. Isto levará a sentimentos de culpa. Se a pessoa culpar a si mesma pelo lapso aumentará o senso de fracasso e levará à posição de impotência ("Nada posso fazer sobre isso! Então bem poderia continuar usando a droga"). Esta combinação dos elementos cognitivo-afetivos da dissonância cognitiva e da atribuição pessoal é chamada de efeito de violação da abstinência.

Assim, através da adoção de perspectiva de auto-controle, o modelo de Marlatt e outros especialistas já citados, apresenta a orientação teórica de que os comportamentos geradores de dependência são conceitualizados como padrões de hábitos hiperaprendidos que podem ser mudados pelos pacientes, através de três áreas principais: aquisição de habilidades de enfrentamento, apoio a novas cognições e desenvolvimento de um estilo de vida diário de alcance de gratificação pessoal.

Num enfoque complementar mas a nosso ver não menos importante, aliamos intervenções advindas da abordagem Cognitivo-comportamental, a outras da Terapia de Realçamento Motivacional, tais como o emprego de princípios e estratégias específicas para o paciente evoluir em seu estágio motivacional, a valorização das percepções do paciente a respeito de seu processo e a responsabilidade dele como agente de mudança (abandono do fumo e manutenção).

Dentro destas considerações, vemos o Programa de Avaliação a Atendimento ao Fumante como tendo uma diretiva de permeabilidade que procurou espelhar-se nos aspectos mais significativos para a mudança tanto nas considerações Cognitivo-Comportamentais quanto nas da Terapia de Realçamento Motivacional. (CONGRESSO BRASILEIRO DE ALCOOLISMO E OUTRAS DEPENDÊNCIAS, 1995; COGNITIVE-BEHAVIORAL coping skills therapy manual, 1994; MOTIVACIONAL enhancement therapy manual, 1994).

Neste contexto, organizamos o Programa de Avaliação e Atendimento ao Fumante, que atendesse, no mínimo, aos seguintes requisitos:

- 1) Participação de voluntários representativos de uma população cujas características dessem ao programa foro passível de generalização;
- 2) Enfoque comportamental intensivo;
- 3) Seguimento estabelecido aos seis meses após término do tratamento;
- 4) Confirmação bioquímica da abstinência.

Para tanto, organizamos prontuário (vide anexos) que consistiu primeiramente na avaliação do Estágio Motivacional de Mudança de Hábito do Paciente. Por meio de perguntas específicas consegue-se, no mais das vezes, localizar o paciente em etapa distinta de um processo com várias fases. A fase de pré-contemplação, em que os indivíduos não se encontram motivados para a interferência na mudança de seus hábitos, nem sequer considerando a possibilidade de que isto venha a acontecer num futuro previsível. Na fase de contemplação, que envolve a consideração de um programa de mudança, não estando preparados para a ação no momento, mas avaliam as opções, considerando a possibilidade de parar nos próximos seis meses. Há que citar-se o tipo mais comum, o contemplador crônico, que tende a substituir o pensamento pela ação e permanecer por

exemplo, por dois anos neste estágio. O estágio de preparação para a ação, é aquele no qual os indivíduos estão tentando mudar no próximo mês. A ação, é o estágio em que os fumantes, declaradamente, modificaram seu comportamento, persistindo por cerca de seis meses e sendo o período em que eles estão no maior risco de recaída. Neste ponto, avaliamos os pacientes submetidos ao programa. Isto é os que saíram com sucesso da fase de ação, entrando na de manutenção, a fase seguinte, na qual os indivíduos trabalham para manter um estilo de vida mais sadio, tal como uma vida livre do uso do tabaco. Há que considerarmos os dados de literatura que informam que o progresso que os pacientes fazem após uma intervenção está diretamente relacionado com o estágio em que se encontram antes da intervenção. Os profissionais da saúde podem ser mais eficazes com uma faixa mais larga de pacientes, equiparando suas intervenções ao estágio de mudança do paciente. (PROCHASKA e GOLDSTEIN, 1991).

Em nossa avaliação o estágio motivacional foi importante para que os pacientes completassem o programa. Entretanto não houve diferença significativa entre o grupo que parou de fumar entrando na fase de ação e evoluindo até o período inicial da fase de manutenção e o grupo que não parou de fumar. Como todos os pacientes participaram do mesmo programa, independentemente do estágio em que se encontravam, isto pode ter sido um aspecto relevante quanto a não

apresentação de diferença entre os grupos que pararam ou não de fumar (eficácia), embora o estágio motivacional tenha sido significativo ao considerarmos a adesão ao programa.

O próximo aspecto avaliado, diz respeito a dados sociodemográficos tais como idade, sexo e escolaridade. A questão relativa a tentativas prévias em parar de fumar foi um dado retirado do QTF. Quanto aos aspectos idade e sexo, a maioria dos estudos não mostra diferenças relacionadas à recaída (pacientes que alcançam o estágio de ação ou manutenção, mas que retornam ao uso da substância em questão). Exceções para os achados quanto à idade, incluem estudo que encontrou relação inversa e dois estudos que encontraram uma relação direta entre idade e sucesso, a longo prazo. Um estudo mostrou que homens tem mais sucesso do que mulheres na manutenção a longo prazo. (U.S.DEPARTMENT of Health and Human Services; p.459-560, 1988). A análise dos dados do Programa de Avaliação e Atendimento ao Fumante mostrou que pacientes mais velhos completaram em maior número o programa, assim como pacientes do sexo feminino, não tendo havido, no entanto, diferença entre idade e sexo, com relação ao grupo que parou de fumar e alcançou a fase de manutenção e o grupo que não alcançou (recaída). Com relação à escolaridade há indícios de diminuição na utilização dos cigarros em função de níveis mais elevados de graduação. (JOSHU, MORGAN, FISHER et al., 1991). Na análise de fatores relacionados à adesão ao programa, houve

tendência das pessoas com maior grau de escolaridade terem terminado o mesmo, embora este dado não ocorra quando consideramos a análise da eficácia do programa.

Ao considerarmos as tentativas prévias em parar de fumar, vários estudos tem mostrado uma relação positiva entre o número de tentativas e o sucesso em parar de fumar, embora isto não tenha ficado sempre explicitado, sendo que algumas vezes, alguns estudos mostraram uma relação inversa entre o número de tentativas em parar e o sucesso na manutenção da abstinência. A análise da adesão ao programa e da eficácia do mesmo, mostrou que tentativas anteriores não influenciaram estes aspectos do programa. Descrições mais claras quanto à história de parar, o número e duração dos períodos de abstinência devem ser realizados para que se relacione tentativas prévias em parar e prognóstico. (U.S. DEPARTMENT of Health and Human Services, p.459-560, 1988).

A presença de fumantes em casa, embora não tenha mostrado diferença significativa na avaliação da eficácia mostrou que para a análise da adesão a percentagem de pacientes que não completaram o programa e que tinham fumantes em casa foi maior do que a dos que não tinham fumantes em casa. O nível de significância obtido foi de $p < 0.0001$. O resultado altamente significativo implica que ter fumantes em casa, colabora para que os pacientes não completem o programa, havendo sugestão de que na época de desenvolvimento de um programa, este possa ser

extensivo aos familiares dos pacientes. Relativamente à presença de outros fumantes no domicílio, dados de literatura mostram que se uma outra pessoa significativa também for fumante e não parar de fumar junto com o paciente, a probabilidade deste ter sucesso se reduz a mais de dois terços. (PICKWORTH, BUNKER e HENNINGFIELD, 1991).

O item problema orgânico presumivelmente relacionado ao fumar merece considerações pelo fato de que o fumar está ligado ao desenvolvimento de uma variedade de doenças malignas e não-malignas. (JOSHU, MORGAN, FISHER et al., 1991). No programa em questão, foram considerados dados de anamnese relacionados ao aparelho respiratório, cárdiovascular e digestivo. Estudos dos autores acima mostram que pacientes que admitiam seu diagnóstico e consideravam sua doença como séria aceitavam que o fato de deixarem de fumar poderia melhorar seu prognóstico. Estes tiveram mais probabilidade de se manter abstinente ao fumo seis meses após o conselho médico. Este tipo de resultado parece paralelo ao que é notado em pacientes com doenças cárdiovasculares mais sérias e que tem maiores probabilidades de deixar de fumar. No PAAF, embora houvesse um significativo número de pacientes com sintomatologia presumivelmente relacionada ao fumar, na análise de adesão e eficácia do programa não houve nível de significância estatística. É possível que a não comprovação destas doenças por meio de

estudo radiológico do tórax, prova de função pulmonar ou teste ergométrico, tenha influenciado os resultados.

Com relação ao índice QTF, a avaliação da dependência ao tabaco mais amplamente utilizada, dúvidas têm sido levantadas quanto a sua qualidade e validade. O DSM III, avaliado por HUGHES e colaboradores, considerou dependentes 90% dos fumantes de uma população em que o QTF considerou 36% de fisicamente dependentes à nicotina. Com relação aos resultados do programa, verificou-se não haver diferença significativa entre dados relacionados à adesão ou eficiência do programa, e escores destes questionários, sendo que o coeficiente de contingência mostrou a existência apenas de 26% de concordância entre os dois questionários. Estes dois parâmetros de avaliação de dependência entre fumantes (MILLER, 1991; PICKWORTH, BUNKER e HENNINGFIELD, 1991), tem implícitas as condições de verificação também dos níveis presumíveis de abstinência, que ao contrário do aqui encontrado, relaciona-se, em vários estudos, como fator que predispõe à recaída. Uma das explicações para a discrepância entre estes achados é a de que os dados de literatura fazem a correlação direta com sinais e sintomas de abstinência, tais como compulsão, irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentrar-se, inquietação e aumento do apetite (U.S. DEPARTMENT of Health and Human Services, p.459-560, 1988), e não com questionários de avaliação de graus ou severidade de dependência. Parece-nos no entanto haver

dificuldades na aplicação do DSM III-R, no sentido de compreensão pelo paciente do significado das perguntas. Quanto ao QTF, que como aquele, não foi validado para o nosso idioma, já existem versões mais atuais (TATE e SCHMITZ, 1993) que o tornam mais compatível e confiável, o que pode vir a sanar dificuldades e clarear pontos obscuros de correlação.

No que diz respeito ao número de cigarros fumados por dia (esta variável foi obtida através do QTF original) verificamos que, quanto à adesão, a média de cigarros fumados por dia pelos pacientes que não completaram o programa foi maior do que a média dos que continuaram o programa. Embora esta diferença não tenha sido significativa a 5% de significância, o foi para 6%. O nível de significância obtido foi de $p=0.0575$, o que pode confirmar a diferença. No que diz respeito à eficácia do programa, não houve diferença entre a média dos dois grupos. Os dados encontrados na literatura são controversos a este respeito. Embora haja algumas relações positivas, a maioria dos estudos sugere que o número de cigarros fumados por dia não influi na predição de recaídas. (U.S. DEPARTMENT of Health and Human Services; p.459-569, 1988).

Com relação ao uso do STT e sua utilização pelo tempo prescrito, este dado não foi avaliado para a análise de adesão, uma vez que não foi proposta esta meta a estes pacientes. Quanto a análise da eficácia do programa e uso do STT e tempo

de uso preconizado, em referência a ambas as questões não houve diferença significativa entre os dois grupos. Como não houve a possibilidade de uso do STT por todos os pacientes que participaram do programa consideramos haver comprometimento na análise destes dados. Ao considerarmos dados de literatura, quanto ao uso de nicotina de substituição, temos que quando é indicada a goma de nicotina ou o sistema terapêutico transdérmico de liberação de nicotina, em estudos realizados em clínicas especializadas neste tratamento, controlados por placebo, há um incremento nos índices de cessação do fumar. Os níveis absolutos de parada de fumar são substanciais ao considerarmos uma avaliação precoce, menor ou igual a três meses. Entretanto recaídas são comuns, com níveis baixos de sucesso em um ano. Já, comparando com placebo, o uso de goma de nicotina alcançou percentuais melhores, tanto a curto quanto a longo prazo. Tentativas com goma de nicotina, habitualmente são prescritas "ad libitum" por períodos de 3 a 4 meses. A natureza da terapia comportamental, nem sempre presente, varia de estudo para estudo. Em uma análise de sete estudos desenvolvidos em clínicas para fumantes, comparando a goma de nicotina de 2 mg com placebo, níveis de abstinência de 4 a 6 semanas, foram de 73% para uso da goma de nicotina contra 49% para a goma placebo. Embora houvesse altos índices de recaída, as diferenças entre os grupos persistiram aos seis meses. (BENOWITZ, 1992). Estudos clínicos tem demonstrado níveis de

abstinência de 30 a 41% alcançados durante as primeiras seis semanas de aplicação do STT, comparado a 4 a 21% com sistemas placebo. O uso concomitante de terapia comportamental pode elevar os índices de sucesso, com índices iniciais de abstinência superiores a 86%. No entanto, os níveis de abstinência a longo prazo (> que seis meses), tem a tendência de serem consideravelmente mais baixos seja isolados ou associados a terapia comportamental, freqüentemente caindo a níveis menores do que a metade dos índices inicialmente alcançados. (PALMER, BUCKLEY e FAULDS, 1992; BENOWITZ, 1993; MENDELSON e RICHMOND, 1994).

Relativamente ao item continua ou não fumando, verifica-se que 40,5% dos pacientes que completaram o programa continuaram fumando aos seis meses de acompanhamento, enquanto 94% dos pacientes que não completaram o programa, continuavam fumando. Estes índices, tiveram confirmação bioquímica, sem que os pacientes fossem avisados de que a ela seriam submetidos. Esta diferença foi altamente significativa com $p < 0,0001$. Este resultado, mostra a eficácia do programa. Aqui, há dificuldades na comparação de estudos em função, por exemplo, da utilização ou não de nicotina de substituição (ou outro medicamento), tempo de intervenção comportamental, aferição objetiva da condição de não fumante e seleção da amostra. Há, conseqüentemente, uma ampla faixa de sucesso, variando entre 22,3% (CANTU, RIVADENEYRA, GONZALET et al., 1984), 27,9%

(FIORE, SMITH, JORENBY et al., 1994), 38,0% (PIRIE, McBRIDE, HELLERSTEDT et al., 1992) em avaliações de seis meses após término do tratamento; de 42% em avaliações entre seis meses e um ano de seguimento, em populações específicas, (LABBADIA e ISMAEL, 1995) e índices de cura superiores a 50% se houver acréscimo ao plano terapêutico da participação de profissional treinado na área de ciências do comportamento, embora não se tenha neste estudo definido o significado de "cura". (SACHS e LEISCHOW, 1991). Aqui, vale ainda considerarmos os motivos pelos quais o objetivo não foi alcançado. MARLATT (p.64-114, 1993), classificou as Situações de Recaída em duas vertentes:

- A) Determinantes intrapessoais (estados emocionais negativos, estados físicos negativos, estados emocionais positivos, teste do controle pessoal e desejos e tentações);
- B) Determinantes interpessoais (conflito interpessoal, pressão social e estados emocionais positivos).

Numa análise de situações de recaída com alcoolistas, fumantes, dependentes de heroína, jogadores compulsivos e indivíduos em dieta, encontrou-se que 35% de todas as recaídas na amostra, representavam estados emocionais negativos, 16% representavam conflito interpessoal e 20%, pressão social. Utilizando-nos da mesma sistematização e considerando falta de força de vontade e stress, como estado emocional negativo,

encontramos 35% das causas de recaídas. Considerando razões sóciofamiliares em conflito interpessoal, encontramos 25%; pressão social, foi responsável por 10% das causas de recaídas, totalizando estes 3 itens, 70% delas. Avaliamos a questão impulso muito forte para fumar, como desejos e tentações, com uma correspondência de 25%.

Pesquisas realizadas entre 1970 e 1980 identificaram e validaram um número variável de marcadores do fumar e da exposição ao tabaco, com o intento principal de verificar, de forma objetiva, os auto-relatos de pacientes envolvidos em estudos de intervenção ao abandono do fumo. Estes marcadores incluem habitualmente aferição dos níveis de monóxido de carbono no ar pulmonar exalado e a mensuração de tiocianato e cotinina, na urina, saliva ou plasma. (LERMAN, ORLEANS, ENGSTROM et al., 1993). Em nosso estudo, conforme acima referido, utilizamos a aferição da concentração de CO no ar pulmonar exalado por fornecer uma retroalimentação visual e imediata (apresentada num monitor portátil de fácil leitura), além do que, elevados níveis de CO têm sido correlacionados com uma variedade de situações, tais como a diminuição da capacidade pulmonar, a redução da tolerância a exercícios, cefaléias e náuseas. (U.S. DEPARTMENT of Health and Human Services, 1988). Tanto na avaliação da adesão ao programa, quanto na da eficácia do mesmo não houve diferença entre as médias de CO aferidas antes da intervenção. No entanto, na

avaliação da eficácia do programa, quando consideramos os dados de CO obtidos após a intervenção, aos seis meses de seguimento, verificamos que houve diferença significativa entre o grupo que parou de fumar e o que não parou, sendo $p=0,00000005$. Dos pacientes que pararam de fumar, 100% tinham concentrações de até 10 ppm, sendo que a literatura nos traz (LERMAN, ORLEANS, ENGSROM et al., 1993) que não fumantes apresentam níveis de 6 a 10 ppm ou menos. Entre os pacientes que não pararam de fumar, o CO chegou a níveis de até 40 ppm. Pode-se, assim, considerar que entre os fatores estudados não houve qualquer um que fosse determinante da condição dos pacientes pararem de fumar, mostrando-se o programa, desta forma, o fator primordial para que os pacientes abandonassem o fumar, devendo-se considerar o número limitado da amostra. No entanto, alguns dos fatores estudados foram importantes para a determinação da adesão ao programa, como estágio motivacional do paciente, a idade, o sexo, a escolaridade, haver ou não mais fumantes no domicílio, e o número de cigarros fumados por dia.

Com relação à avaliação do programa, temos a considerar as respostas dos pacientes dadas às três perguntas abertas, e a avaliação em bloco dos componentes do PAAF. Verificamos que dos 42 pacientes que responderam à pergunta: "Para você, qual foi o aspecto mais positivo do Programa?" encontramos um total perfazendo mais de 100%, porque alguns pacientes enfatizaram mais de um aspecto como sendo positivo.

Foram consideradas as respostas agrupadas sob o título de aspectos técnicos, vínculo terapêutico e o programa como um todo. Como estas questões são engendradas principalmente a partir da confecção do programa, entendemos este ter alcançado seu objetivo quanto à sua composição.

Relativo à segunda questão "Do que você menos gostou no Programa?", verificamos que a maioria dos pacientes referiu não ter encontrado aspectos negativos no mesmo, sendo que os que os referiram, reportaram-se a aspectos técnicos, com dois pacientes citando as tarefas solicitadas como negativos, um paciente citou as "cobranças", realizadas pela equipe terapêutica e colegas de trabalho, dois pacientes salientaram a brevidade do programa, e dois solicitaram maior ênfase quanto à questão alimentar e enfoque da depressão.

Consideramos que estas respostas coadunam-se com uma boa aceitação das características do programa.

Quanto à terceira questão "Qual seria a sua sugestão para melhorar o Programa?", mais de 45% dos pacientes não apresentaram sugestões, sendo que 35% dos pacientes sugeriram um estreitamento do seguimento (08 pacientes) e prolongamento do número de módulos (07 pacientes). Cerca de 14% sugeriram aspectos tais como: "trabalhar a motivação" (01 paciente), incentivo à mútua-ajuda (02 pacientes), maior dramaticidade nos aspectos relativos a repercussões orgânicas (02 pacientes), e não aceitação do processo de diminuir o número de cigarros até

o dia "D" (01 paciente), por não adaptação. Em torno de 5% dos participantes salientaram a necessidade de descentralizar o programa e da disponibilidade gratuita do STT de liberação de nicotina.

Quanto aos resultados buscados na avaliação em bloco do PAAF, 19 pacientes que completaram o mesmo, responderam a avaliação, sendo 11 do grupo que completou o programa, e parou de fumar aos 6 meses de acompanhamento, e 8 do grupo que completou o programa mas continuou fumando aos 6 meses de acompanhamento. Faremos a seguir, algumas considerações referentes a questões neste contexto consideradas mais pertinentes.

Com relação ao componente do programa: consulta médica individual, houve diferença significativa entre as médias. Os pacientes que não deixaram de fumar, consideraram como melhor, a avaliação feita, diferente dos que deixaram de fumar. Uma das considerações que aqui podem ser realizadas é de que os pacientes que não pararam de fumar podem ter feito a avaliação, considerando para outras pessoas como boa, e não para si próprios, uma vez que continuaram a fumar.

Quanto a aferição do CO no ar exalado, não encontrou-se diferença significativa entre as médias, sendo as dos dois grupos, altas. Tanto os que pararam de fumar quanto os que não pararam, gostaram e aprovaram a aferição, independente no caso os motivos.

Considerando a questão das orientações para implementar até o Dia "D", há diferença significativa $n1 < n2$. Mesmo não parando de fumar, este grupo considerou muito boa a orientação feita, tendo grande diferença entre os que pararam de fumar. Pode-se concluir que a influência desta orientação na prática de parar de fumar, não se mostrou de grande importância. Os fumantes talvez possam ter-se sentido impressionados mas não convencidos.

Relativo a tarefas de percepção de "meu fumar", houve diferença significativa entre as médias. Os pacientes que continuaram a fumar consideraram melhor estas tarefas do que os ex-fumantes (que também as acharam boas, mas com uma média de avaliação menor). Pode-se considerar que a média foi maior para os que continuaram a fumar, por avaliarem boas e produtivas as tarefas para àqueles que tem persistência para abandonar o fumo, o que não foi o caso deles.

Quanto aos compromissos assumidos, não houve diferença. As médias são iguais. Considera-se como importante os compromissos assumidos, mas estes não influenciaram nenhum dos grupos.

Com relação ao aspecto apoio social, embora a literatura ressalte a importância desta questão, não houve diferença significativa entre as médias.

Em habilitar-me quanto aos mecanismos de enfrentamento, houve diferença significativa entre as médias $n1 > n2$. Os

pacientes que pararam de fumar consideraram mais que o outro grupo, a importância da habilitação quanto aos mecanismos de enfrentamento. Pode-se considerar que aprender a se acostumar e enfrentar a nova situação, é importante.

Quanto ao uso de nicotina de substituição, há diferença significativa entre as médias $n1 > n2$. As pessoas que deixaram de fumar consideraram mais do que os que continuaram fumando, a importância de utilizar nicotina de substituição. Considera-se, então, que o STT, aqui, cumpriu sua função farmacológica.

Relativo ao material de apoio, houve diferença significativa entre as médias $n1 < n2$. O grupo que continuou a fumar apreciou, mais do que o outro, o material de apoio no auxílio de abandono ao fumo.

Na questão relativa à avaliação do programa como um todo, embora as médias tenham sido elevadas, não houve diferença significativa entre elas.

Ainda, quanto à avaliação do programa em bloco, existe a sugestão de que para que os questionários viessem a cumprir objetivos sem ocorrência de vícios de validade, deveriam ser respondidos por todos que completaram o programa, sem identificação do paciente, e ser usada alguma técnica que garantisse a fidedignidade interna, como por exemplo, a Escala Lickert.

Apesar desta avaliação ter sido feita sem os rigores propostos acima, verifica-se que há uma grande homogeneidade

nas respostas dos pacientes voluntários, o que é um indicativo de confiança nas respostas dadas e, portanto, na avaliação feita.

Por fim, acrescentamos sugestões que podem ser implementadas à realização de Programas de tal natureza:

- A) A verificação de Comorbidade (GEIST e HERRMANN, 1990; GLASSMAN, 1993) e a adequação do programa à esta condição.
- B) A adequação do programa ao estágio motivacional em que o paciente se encontra.
- C) A adequação do programa à escolaridade do paciente, sendo sensível a aspectos específicos encontrados em minorias culturais.
- D) A possibilidade de maior envolvimento de familiares (sobretudo se fumantes).
- E) A implantação de tais programas em instituições que tenham uma política estabelecida de não fumar. (SLOAN, DIMBERG, WELKOWITZ et al., 1990).
- F) O desenvolvimento e incentivo à participação em grupos de mútua-ajuda.
- G) Seguintos mais freqüentes por parte da equipe terapêutica.
- H) Adequação dos horários e locais do programa às necessidades dos pacientes.

- I) A disponibilidade, por parte da instituição onde é aplicado o programa, de oferecer aos pacientes, via equipe terapêutica, abordagens farmacológicas aprovadas e eficazes neste objetivo.
- J) O desenvolvimento de um programa auxiliar de convocação de pacientes. (ANDRADE, 1995).
- K) Maior treinamento da equipe terapêutica nesta forma de intervenção.
- L) Estabelecer acompanhamentos mais prolongados.

Entendemos que as medidas acima auxiliariam no aumento dos índices de adesão e eficácia do programa. Consideramos, ainda, que um programa com as características acima apresentadas pode ser implementado por profissionais de qualquer área da saúde, acrescida a participação de um Consultor em dependências químicas.

10 CONCLUSÕES

- 1.** Fatores importantes para a determinação da adesão foram o estágio motivacional, a idade, o sexo, a escolaridade, haver ou não fumantes em casa e o número de cigarros fumados por dia.
- 2.** Na avaliação da eficácia, não houve nenhum entre os fatores estudados que fosse determinante da condição dos pacientes pararem de fumar, mostrando-se o programa o fator primordial para que os mesmos abandonassem o fumar, sendo que no entanto aqui devemos levar em consideração o limitado tamanho da amostra.
- 3.** Na avaliação dos conteúdos do programa pelos pacientes, considerando-se o mesmo como um todo, houve aferição compatível com uma grande utilidade das intervenções realizadas.
- 4.** A utilização de um programa, baseado em modelos desenvolvidos em países onde a luta contra o fumo encontra-se mais avançada, mostrou-se eficaz entre nós.
- 5.** A eficácia de um programa nos moldes apresentados mostrou ser semelhante ou superior a de programas tradicionais, sendo que estes índices podem ainda ser incrementados.

ANEXO 1 - AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Ficha de Pré-Avaliação

NOME: _____

1) Você está tencionando parar de fumar nos próximos 6 meses?

R.: Sim Não

2) Você está pretendendo parar de fumar no próximo mês?

R.: Sim Não

3) Você tentou deixar de fumar no ano passado?

R.: Sim Não

Entrevista Inicial

1. Identificação

Data: ____/____/____

Nome: _____

Naturalidade: _____

Nascimento: ____/____/____

Sexo: 1 - M; 1 - F ()

Estado Civil: 1 - Solt.; 2 - Cas.; 3 - Div.; 4 - Sep.; 5 - Viú.; 6 - Marit. ()

Tem Filhos: 1 - Sim; 2 - Não ()

2. Profissão Principal:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----|
| 1 - Nenhuma | 5 - Escrit./Secret./Téc./Afins | |
| 2 - Estudante | 6 - Diretor/Gerente/Empregador | |
| 3 - Dona de casa | 7 - Liberal/Professor | |
| 4 - Motor./oper./vend./comerc. | 8 - Outros | () |

3. Grau de Escolaridade:

- | | | |
|------------------------|-------------------------|-----|
| 1 - Analfabeto | 5 - 2º Grau completo | |
| 2 - 1º Grau incompleto | 6 - Superior incompleto | |
| 3 - 1º Grau completo | 7 - Superior completo | |
| 4 - 2º Grau incompleto | 8 - Pós-Graduado | () |

Anos de Estudo: _____

4. Trabalha Atualmente?

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|-----|
| 1 - Sim, exercendo atividade | 5 - Dona de casa | |
| 2 - Sim, afastado mais de 15 dias | 6 - Só estudante | |
| 3 - Aposentado | 7 - Não estuda/trabalha | |
| 4 - Desempregado | 8 - Vive de renda | () |

5. Qual a sua expectativa quanto ao tratamento?

1 - Parar o uso 2 - Diminuir o uso 3 - Nenhuma ()

6. De quem foi a iniciativa quanto a vir ao Programa?

1 - Própria 2 - Outros ()

Se encaminhado:

1 - Familiares 4 - Serviço de Saúde/Médico
2 - Amigos 5 - Serviço Social
3 - Médico/Empresa ()

7. Outros fumantes em sua casa:

1 - Sim 2 - Não ()

8. Uso pessoal excessivo de álcool:

1 - Sim 2 - Não 3 - Alcoolista em recuperação ()

9. Uso pessoal de outras drogas:

1 - SimQual: _____ 2 - Não ()

10. Uso de álcool excessivo na família:

1 - Sim 2 - Não ()

11. Uso de outras drogas na família:

1 - Sim 2 - Não ()

12. Queixas clínicas**Aparelho respiratório:**

1 - Não 5 - Expectoração com sangue
2 - Falta de ar 6 - Dores no peito
3 - Tosse 7 - Mais que um
4 - Expectoração ()

Aparelho cárdio-circulatório:

1 - Não 4 - Palpitações
2 - Falta de ar 5 - Inchaço
3 - Dor no peito 6 - Mais que um ()

Aparelho gastrointestinal:

- 1 - Não
 2 - Náuseas
 3 - Vômitos
 4 - Azia
 5 - Diarréia
 6 - Obstipação
 7 - Mais que um
- ()

13. Quanto tempo após levantar-se você fuma seu primeiro cigarro?

- 1 - Após 30 minutos
 2 - Dentro dos 30 minutos
- ()

14. Você acha difícil abster-se de fumar em locais onde há proibição, como bibliotecas, teatro ou consultório médico?

- 1 - Sim
 2 - Não
- ()

15. Qual de todos os cigarros que você fuma é o que lhe dá mais satisfação?

- 1 - Qualquer outro que o primeiro do dia (manhã)
 2 - O primeiro da manhã
- ()

16. Quantos cigarros você fuma num dia? Há quantos anos? _____ anos

- 1 - de 05 a 15
 2 - de 16 a 25
 3 - 26 ou mais
- ()

17. Você fuma mais pela manhã do que pelo resto do dia?

- 1 - Sim
 2 - Não
- ()

18. Quão freqüentemente você inala a fumaça de seu cigarro?

- 1 - Nunca
 2 - Algumas vezes
 3 - Sempre
- ()

19. Você fuma quando está doente a ponto de permanecer acamado?

- 1 - Sim
 2 - Não
- ()

20. Você quer parar de fumar?

- 1 - Sim
 2 - Não
- ()

21. Alguma vez você parou de fumar ou tentou parar no passado?

- 1 - Sim
 2 - Não
- ()

22. Você já participou de um programa organizado para cessar o tabagismo ou método de auto auxílio?

- 1 - Sim
 2 - Não
- ()

23. Você pensa que alcançará sucesso em parar de fumar?

- 1 - Sim
 2 - Não
- ()

24. Você acredita que ganhará peso se parar de fumar?

- 1 - Sim
 2 - Não
- ()

25. Você tem algum outro objetivo quanto ao parar? Descreva:

26. Como você usa os cigarros e como eles interferem em seu viver:

- Uso freqüentemente em maiores quantidades ou períodos mais longo do que o intencionado
- Desejo persistente ou uma ou mais tentativas mal sucedidas de controlar ou parar
- Muito tempo em atividades para obtê-los "competindo" com obrigações, ou o uso fisicamente de risco
- Desistência ou redução importante de atividades (em função do uso)
- Uso continuado apesar de reconhecer problemas ocupacionais, causados ou exacerbados
- Clara tolerância
- Sintomas característicos de abstinência (*)
- Uso para alívio de sintomas de abstinência

- (*) Premência para fumar, irritabilidade, dores de cabeça, ansiedade, agressividade, intolerância, frustração, raiva, dificuldade de concentração, inquietação, diminuição do ritmo cardíaco, aumento do apetite.

27. Concentração de monóxido de carbono (CO) no ar pulmonar exalado:

Em partes por milhão _____

- 8) Houve alguma situação durante os 3 primeiros meses após o dia "D" em que você fumou?
1 - Sim 2 - Não
- 9) Quantos dias após o dia "D" ocorreu o primeiro episódio de fumar? _____ dias.
- 10) Com qual frequência estes episódios ocorreram durante os 3 primeiros meses de tratamento? _____ vezes
(a) uma (b) menos que 5 (c) 1-2x/sem. (d) quase diário
- 11) E durante os 6 primeiros meses? _____ vezes. (vide acima)
- 12) Para você qual foi o aspecto mais positivo do programa?

- 13) Qual seria a sua sugestão para melhorar o programa?

- 14) Do que você gostou menos no programa?

- 15) CO ar exalado: _____ ppm
- 16) Usou nicotina de substituição? Por quanto tempo? _____ dias
1 - Sim 2 - Não Qual o tempo preconizado? _____
- 17) Houve alteração de peso?
1 - Sim, para mais: _____ Kg 2 - Sim, para menos: _____ Kg 3 - Não
- 18) Observações:

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

Por favor, ajude-nos a avaliar o PROGRAMA, aquilatando o quão ele foi útil à você. Se um aspecto não foi de utilidade, assinale 1; se foi muito útil, assinale 10. Use os números intermediários para aquilatar entre estes dois extremos.

SUA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	Sem Utilidade									Muito Útil
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avaliação Médica Inicial (Consulta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aferição da concentração de Monóxido de Carbono no ar exalado ("Bafômetro")	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Orientações para interferir no meu hábito de fumar até o dia "D"	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tarefas de percepção do meu fumar (auto-monitoramento, autobiografia, tentativas prévias em parar, enfocando o fumar)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Compromissos assumidos (contrato, existência de um dia "D", tarefas, recompensas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Apoio do grupo (pacientes e equipe)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aspectos clínicos (informações sobre riscos à saúde, exercícios, dieta)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depoimentos de ex-fumante (consultor)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Importância em designar apoio social (carta de apoio)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Habilitar-me quanto aos mecanismos de enfrentamento (fuga, evitação, distração, adiamento)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abordagem quanto a ocorrência de lapsos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nicotina de substituição	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Material de apoio (manual, slides, fita de áudio, caderneta de lembranças)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O PROGRAMA, como um todo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Algum aspecto relevante?										
_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
_____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**ANEXO 3 - RESUMO DOS ESCORES PARA AS PERGUNTAS DE
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA**

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
X1	8,82	9,09	8,91	8,00	9,00	8,36	8,55	9,09	6,55	9,45	8,91	9,18	8,64	9,40
X2	9,75	9,38	9,88	9,00	9,00	9,00	9,25	9,63	7,50	8,13	8,38	7,57	10,00	9,14
S1	0,98	1,04	1,04	1,48	1,26	1,50	1,44	1,22	2,34	0,82	1,30	1,33	1,57	0,70
S2	0,71	1,19	0,35	1,20	0,76	1,20	1,04	0,74	2,98	2,03	2,00	2,37	0,00	0,90
t	-2,3987	-0,5527	-2,8774	-1,6241	0,0000	-1,0321	-1,2303	-1,1963	-0,7492	1,73889	0,65555	1,64045	-2,873	0,64063
p	0,02	0,58	0,01	0,12	0,76	0,30	0,22	0,24	0,46	0,10	0,52	0,10	0,01	0,52

PAAF - Programa de Avaliação e Atendimento ao Fumante

ANEXO 4 - BANCO DE DADOS (PRELIMINAR)

NUM	PAS	PAS1	ND	AME	IDADE	SEXO	ESCOL	POT	FEC	PO	FAG	DSM	NCD	UTS	TU	CCOP	CCOPR	CF	PS3	S3M	ALCABS
001	1	1	01	2	30	1	3	1	1	1	2	3	3	9	9	5	5	2	9	9	2
002	1	1	01	2	47	2	2	1	1	1	2	3	2	9	9	3	4	2	9	9	2
003	1	1	01	2	35	1	3	1	1	1	2	1	2	9	9	3	3	2	9	9	2
004	1	1	01	2	40	1	3	1	1	1	2	3	3	9	9	4	3	2	9	9	2
005	1	1	01	1	41	2	2	1	1	1	2	2	1	9	9	2	2	2	9	9	2
006	1	1	01	1	31	2	1	1	1	1	1	3	1	9	9	3	3	2	9	9	2
007	1	1	01	1	38	1	1	2	1	1	1	2	1	9	9	1	9	9	9	9	9
008	1	1	01	2	43	1	3	2	1	1	2	2	2	9	9	3	3	2	9	9	2
009	1	1	01	3	28	2	2	1	1	1	2	3	3	9	9	2	3	2	9	9	2
010	1	1	01	3	23	1	2	1	1	1	1	3	1	9	9	1	9	9	9	9	9
011	1	1	01	3	24	2	2	1	1	1	1	3	1	9	9	2	2	2	9	9	2
012	1	1	01	3	22	2	2	1	1	1	2	3	2	9	9	2	2	2	9	9	2
013	2	1	03	2	37	1	3	1	1	1	1	1	1	9	9	2	2	2	9	9	2
014	2	1	03	2	39	2	3	1	1	1	2	3	3	9	9	4	4	2	9	9	2
015	2	1	03	2	37	1	2	2	1	2	2	2	1	9	9	4	4	2	9	9	2
016	2	1	03	2	54	1	3	1	2	1	2	3	3	9	9	4	4	2	9	9	2
017	2	1	03	2	34	1	2	1	2	1	2	3	2	9	9	3	3	2	9	9	2
018	2	1	03	2	36	2	2	1	1	1	2	3	2	9	9	4	4	2	9	9	2
019	2	1	03	2	38	1	2	2	1	1	1	2	1	9	9	2	2	2	9	9	2
020	2	1	03	3	24	1	2	1	1	1	2	3	2	9	9	5	5	9	9	9	9
021	2	1	03	3	37	1	2	1	9	1	1	3	1	9	9	5	5	2	9	9	2
022	2	1	03	3	37	2	2	1	1	1	2	3	3	9	9	2	2	2	9	9	2
023	2	1	03	2	39	2	3	1	9	1	1	3	1	9	9	2	2	2	9	9	2
024	2	1	03	2	35	2	3	1	1	1	2	3	1	9	9	1	1	2	9	9	2
025	2	1	03	2	39	1	3	2	9	1	2	3	3	9	9	3	3	2	9	9	2
026	2	1	03	3	38	1	3	1	1	2	1	2	1	9	9	3	3	1	9	9	1
027	2	1	03	1	47	1	2	2	1	1	2	3	3	9	9	4	4	2	9	9	2
028	2	1	03	1	53	1	2	1	1	1	2	3	2	9	9	3	3	2	9	9	2
029	2	1	03	1	40	2	3	2	1	1	1	1	1	9	9	1	1	2	9	9	2
030	2	1	03	1	34	1	2	2	1	1	2	3	3	9	9	4	4	2	9	9	2
031	2	1	04	2	37	1	2	1	2	1	2	3	2	9	9	1	1	1	9	9	1
032	2	1	04	1	52	1	1	1	2	1	2	3	2	9	9	2	2	1	9	9	1
033	2	1	04	2	31	2	3	1	1	2	1	2	1	9	9	2	2	2	9	9	1
034	3	1	02	3	46	1	3	1	1	1	1	3	1	9	9	4	9	9	9	9	2
035	3	1	02	2	54	1	3	1	2	1	2	3	3	9	9	5	9	9	9	9	2
036	3	1	02	2	47	2	3	1	1	1	1	3	2	9	9	5	9	9	9	9	2
037	3	1	02	2	42	1	2	1	1	1	2	2	2	9	9	5	9	9	9	9	2

038	3	1	02	3	26	1	3	1	1	1	2	3	3	9	9	3	9	9	9	2
039	3	1	02	3	49	1	3	1	1	1	2	3	3	9	9	5	9	9	9	2
040	3	1	02	3	39	1	3	1	2	1	1	3	2	9	9	4	9	9	9	2
041	3	1	02	2	35	2	3	2	2	1	2	2	3	9	9	4	9	9	9	2
042	3	1	02	3	57	2	3	1	1	1	2	2	3	9	9	5	9	9	9	2
043	3	1	06	3	35	1	3	2	1	1	2	3	3	2	9	4	3	9	9	2
044	4	1	02	3	30	1	2	1	1	2	1	1	1	9	9	1	1	2	9	2
045	4	1	02	3	29	2	2	1	1	1	1	2	1	9	9	1	1	2	9	2
046	4	1	02	2	37	2	3	1	1	1	1	2	1	9	9	2	1	2	9	2
047	4	1	02	2	57	1	1	1	1	1	2	3	2	2	9	3	4	2	9	2
048	4	1	02	2	47	1	2	2	1	1	2	3	3	9	9	5	5	2	9	2
049	4	1	02	2	42	2	2	1	1	1	2	3	3	9	9	3	3	2	9	2
050	4	1	02	2	30	1	2	1	1	1	1	3	1	2	9	1	2	2	9	2
051	4	1	02	2	29	1	1	1	1	2	2	3	3	9	9	3	9	9	9	2
052	4	1	02	2	38	1	3	1	1	2	1	3	2	9	9	3	3	2	9	2
053	4	1	02	1	39	2	2	1	1	2	1	3	1	2	9	2	2	2	9	2
054	4	1	02	1	36	2	2	1	1	1	2	2	2	2	9	3	5	2	9	2
055	4	1	02	1	41	1	3	1	1	1	2	3	2	9	9	3	4	2	9	2
056	4	1	02	1	30	2	2	1	1	2	2	3	2	9	9	4	3	2	9	2
057	4	1	02	1	33	2	2	1	1	1	1	2	1	9	9	1	1	2	9	2
058	4	1	02	1	36	2	2	1	1	1	2	3	2	2	9	2	3	2	9	2
059	4	1	02	1	42	1	2	1	1	1	2	3	3	9	9	5	3	2	9	2
060	4	1	02	1	35	1	3	1	1	1	1	3	2	9	9	2	3	2	9	2
061	4	1	02	1	39	2	2	1	1	1	2	3	3	9	9	5	5	2	9	2
062	4	1	02	1	36	2	2	1	1	1	2	3	2	9	9	4	3	2	9	2
063	4	1	02	1	44	2	3	1	1	1	2	3	3	9	9	2	3	2	9	2
064	4	1	02	1	36	1	2	1	1	1	2	3	3	2	9	5	5	2	9	2
065	5	2	07	3	59	2	1	1	1	1	1	3	1	2	9	3	3	1	1	2
066	5	2	07	3	43	2	3	1	2	1	1	2	1	2	9	3	3	1	9	2
067	5	2	07	3	38	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	1	2	2
068	5	2	07	3	36	2	1	1	1	1	1	3	1	2	9	4	1	1	1	2
069	5	2	07	3	52	2	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	3	1	1	2
070	5	2	05	3	49	1	3	1	2	1	1	2	1	2	9	1	1	1	1	2
071	5	2	05	3	37	2	3	1	1	1	2	3	2	2	9	4	1	1	1	2
072	5	2	05	3	35	2	3	1	2	1	2	3	1	2	9	2	1	1	1	2
073	5	2	05	3	54	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2
074	5	2	07	2	38	2	2	1	1	2	2	3	1	1	2	3	3	1	2	2
075	5	2	05	2	42	2	2	1	2	2	1	2	1	2	9	1	1	1	1	2
076	5	2	05	2	39	2	3	1	2	1	2	2	3	2	9	3	1	1	1	2
077	5	2	07	2	26	1	2	1	1	1	2	3	2	2	9	1	3	1	9	2
078	5	2	07	2	30	2	2	1	1	1	2	3	3	1	1	2	3	1	9	2
079	5	2	08	2	52	2	1	1	1	1	2	3	2	2	9	2	3	1	9	2
080	5	2	05	2	46	1	3	1	1	1	2	3	2	1	2	3	1	1	1	2
081	5	2	05	2	36	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	9
082	5	2	05	2	41	1	3	1	1	2	1	3	2	2	9	3	1	1	1	2
083	5	2	05	2	24	1	2	1	1	2	1	3	2	2	9	2	1	1	2	2
084	5	2	05	1	36	2	3	1	1	1	1	3	1	2	9	2	1	1	1	2
085	5	2	09	1	44	1	3	2	2	1	2	3	2	2	9	5	4	1	1	2
086	5	2	07	1	38	2	2	1	1	2	1	3	2	2	9	4	2	1	9	2

087	5	2	08	1	70	2	1	1	1	1	2	3	2	2	9	3	3	1	9	9	2
088	6	2	05	3	36	2	3	1	1	2	2	3	2	1	1	4	1	1	1	2	1
089	6	2	10	3	29	2	2	1	2	1	2	3	1	1	9	3	9	9	9	9	9
090	6	2	10	2	44	1	3	1	2	2	2	3	2	1	9	3	9	9	9	9	9
091	6	2	10	1	39	1	2	1	2	1	2	3	1	2	2	2	9	9	9	9	9
092	6	2	11	3	34	2	3	1	2	1	1	3	1	2	9	2	1	1	2	1	2
093	6	2	08	3	52	2	2	1	2	1	9	9	2	2	9	3	2	1	1	9	2
094	6	2	05	3	43	1	1	1	2	2	1	2	1	2	9	1	1	1	2	9	1
095	6	2	08	3	52	2	2	1	2	1	1	2	2	2	9	2	2	1	2	2	2
096	6	2	11	3	39	2	2	1	2	1	1	3	2	1	2	5	1	1	1	1	1
097	6	2	07	2	30	2	3	1	2	1	2	3	2	1	1	3	1	1	2	1	1
098	6	2	09	3	49	1	3	1	2	1	2	2	2	1	1	2	3	1	1	1	2
099	6	2	07	1	39	2	3	1	1	2	1	9	1	2	9	2	2	1	1	1	1
100	6	2	07	2	36	1	3	1	1	1	2	3	3	1	9	5	9	1	9	9	9
101	6	2	10	2	30	2	3	2	2	2	2	9	2	1	9	3	9	9	9	9	9
102	6	2	05	3	76	2	2	1	1	1	9	9	2	1	2	2	1	1	1	1	1
103	6	2	05	3	38	1	3	1	2	1	2	9	3	1	2	5	1	1	1	1	1
104	6	2	05	3	46	1	3	1	2	1	1	3	1	1	2	4	1	1	1	9	1
105	6	2	05	3	45	1	3	1	1	1	2	3	3	1	2	4	1	1	1	9	1
106	6	2	05	2	46	1	3	1	1	2	2	3	3	1	1	5	1	1	1	9	1
107	6	2	05	3	44	2	3	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1
108	6	2	07	3	30	2	3	1	2	1	2	2	3	1	2	5	4	1	1	1	2
109	6	2	05	2	46	2	3	2	1	2	2	9	2	1	2	3	1	1	1	1	1
110	6	2	05	2	32	2	3	1	1	2	2	3	2	1	2	5	1	1	1	1	1
111	6	2	05	2	36	1	3	1	2	1	2	3	2	1	2	4	1	1	1	1	1
112	6	2	12	2	39	1	3	1	2	1	2	9	3	1	9	2	9	9	9	9	9
113	6	2	10	2	46	2	2	1	2	1	2	3	2	1	9	2	9	9	9	9	9

- NUM - NÚMEROS SEQÜENCIAIS
 PAS - PASTAS EM NÚMEROS SEQÜENCIAIS
 PAS1 - PASTAS EM NÚMEROS SEQÜENCIAIS
 ND - PACIENTES DISTRIBUÍDOS POR SUBGRUPOS
 AEM - AVALIAÇÃO ESTÁGIO MOTIVACIONAL
 IDADE - IDADE
 SEXO - SEXO
 ESCOL - ESCOLARIDADE
 POT - PAROU OU TENTOU (parar de fumar no passado)
 FEC - FUMANTES NO DOMICÍLIO
 PO - PROBLEMAS ORGÂNICOS
 FAG - QTF
 DSM - DSM III - R
 NCD - NÚMERO DE CIGARROS POR DIA
 UTTS - USOU TTS
 TU - TEMPO DE USO PRECONIZADO PARA O TTS
 CCOP - CONCENTRAÇÃO DE CO PRÉ-INTERVENÇÃO
 CCOPR - CONCENTRAÇÃO DE CO PÓS-INTERVENÇÃO (06 meses)
 CF - CONTINUA FUMANDO AO TÉRMINO DO PROGRAMA (07 módulos);
 auto-relato

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHUTTI, A. C. et alii. O Problema do Fumo. **Brasil Medicina**, v.15, p.4-22, 1987.
- ACTION on smoking and health. The effects of involuntary smoking in general. Washington, 1994.
- ANDRADE, A. G. Avaliação da efetividade terapêutica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ALCOOLISMO E OUTRAS DEPENDÊNCIAS (11:1995:Belo Horizonte). **Anais...** Belo Horizonte, 1995.
- AMERICAN LUNG ASSOCIATION. **In Control: A video freedom from smoking program.** 1986.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** 3.ed. Washington, 1987.
- BANDURA, A. **Modificação do comportamento.** Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
- BECK, A. et alii. **Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- BELO, S. La epidemia del tabaquismo: realidades y perspectivas. Separata de: **Revista vida medica**, Santiago, v.43, n.1, 1991.
- BENOWITZ, N. L. Tabagismo e dependência da nicotina. **Clínicas Médicas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v.2, p.417-439, 1992.
- _____. Nicotine replacement therapy. What has been accomplished? -can we do better? Leading Article. **Drugs**, New York, v.45, p.157-170, 1993.
- BLUME, S. B. Role of recovery alcoholic in the treatment of alcoholism. In: KISSIN, B.; BEGLEITER, H. **Treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic.** New York: Plenum Press , p.545, 1977.
- BROWN, R. A.; EMMONS, K. M. Behavioral treatment of cigarette dependence. In: COCORES, J. A. (ed): **The Clinical Management of Nicotine Dependence.** New York: Springer-Verlag, 1991. p.97-118.

- BUCHKREMER, G. et alii. Combination of behavioral smoking cessation with transdermal nicotine substitution. **Addictive Behaviors**, New York, v.14, p.229-238, 1989.
- BYRD, J. Fumaça do Tabaco Ambiental - Questões Médicas e Legais. **Clínicas Médicas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v.2, p.377-398, 1992.
- CANTU, M. A. L. et alii. Programa Terapêutico Multimodal para el Control del Tabaquismo. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, Buenos Aires, v.30, p.193-200, 1994.
- CLARK, J. M.; HAVERTY, S.; KENDALL, S. Helping people to stop smoking: a study of the nurse's role. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.16, p.356-363, 1990.
- CLIMKO, R. P. Anticholinergics and other medicines. In: COCORES, J. A. (ed). **The Clinical Management of Nicotine Dependence**. New York: Springer-Verlag, 1991. p.222-231.
- COCORES, J. A. The role of family and friends in the management of nicotine dependence. In: **The Clinical Management of Nicotine Dependence**. New York: Springer-Verlag, 1991. p.92-96.
- COCORES, J. A.; POTTASH, A. C. Outpatient management of nicotine dependence. In: **The Clinical Management of Nicotine Dependence**. New York: Springer-Verlag, 1991. p.256-265.
- COHEN, C.; PICKWORTH, W. B.; HENNINGFIELD, J. E. Fumo, cigarro e vício. **Clínicas de Doenças Pulmonares**, Rio de Janeiro, v.4, p.751-760, 1991.
- CONGRESSO BRASILEIRO DE ALCOOLISMO E OUTRAS DEPENDÊNCIAS (11:1995:Belo Horizonte). **Anais...** Belo Horizonte: ABEAD, 1995.
- COSTA E SILVA, V. L. **Métodos para se deixar de fumar**. Rio de Janeiro: Pro-Onco/INCa/MS, 1992. p.8-38.
- COSTA E SILVA, V. L.; ABREU,.; CAMPOS, H. S. **Falando sobre tabagismo**. Rio de Janeiro: Pro-Onco/INCa/MS, 1992.
- COUTAS, D. B. O papel do médico na supressão do tabagismo. **Clínicas de Doenças Pulmonares**, Rio de Janeiro, v.4, p.805-820, 1991.

- DONOVAN, D. M.; CHANEY, E. F. Prevenção de Recaída e intervenção no alcoolismo: modelos e métodos. In: MARLATT, G. A ; GORDON, J. R. **Prevenção da Recaída**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.313-369.
- FAGERSTRÖM, K. O.. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addictive Behaviors**, New York, v.3. p.235-241. 1978.
- FIGLIORE, M. C. Tendências do Tabagismo nos Estados Unidos. **Clínicas Médicas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v.4, p.761-775. 1991.
- FIGLIORE, M. C. et alii. Cigarette Smoking: The Clinician's Role in Cessation, Prevention, and Public Health. **Disease-a-Month**, St. Louis, p.195. 1992.
- _____. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation - A Meta-analysis. **Journal of the American Medicine Association**, Chicago, v.271, n.24, p.1940-1947, June, 1994.
- FORMIGONI, M. L. O. S. (coord.). **A Intervenção Breve na Dependência de Droga**. São Paulo: Ed. Contexto, 1992.
- FREITAS, J. N. A. et alii. Níveis de Carboxihemoglobina em indivíduos fumantes e não fumantes. **Revista de Medicina do HCFMRP-USP**, Ribeirão Preto, v.16, n.1 e 2, p.1-4, 1983.
- GEIST, C. R.; HERRMANN, S. McN. A comparison of the psychological characteristics of smokers, ex-smokers, and nonsmokers. **Journal of Clinical Psychology**, Brandon, v.46, n.1, p.102-105, Jan. 1990.
- GLASSMAN, A. H. Cigarette Smoking: Implications for Psychiatric Illness. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v.150, n.4, p.546-553, Apr. 1993.
- GLYNN, T. J.; BOYD, G. M.; GRUMAN, J. C. Essential Elements of Self-Help/Minimal Intervention Strategies for Smoking Cessation. **Health Education Quarterly**, New York, v.17, n.3, p.329-345, 1990.
- GOLDSTEIN, M. G.; NIAURA, R. Nicotine Gum. In: COCORES, J. A. (ed): **The Clinical Management of Nicotine Dependence**. New York: Springer-Verlag, 1991. p.181-195.
- HOW to help a friend quit smoking. **American Lung Association**, 1991.

- HUGHES, J. R. Tobacco Withdrawal in Self-Quitters. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v.60, p.689-697, 1992.
- HURT, R. D. et alii. Modelo Abrangente para Tratamento da Dependência da Nicotina em Nível Médico. **Clínicas Médicas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v.2, p.501-521, 1992.
- JARVIK, M. E.; HENNINGFIELD, J. E. Pharmacological Treatment of Tobacco Dependence. **Pharmacology, Biochemistry & Behavior**, New York, v.30, p.279-294, 1988.
- JOSHU, D. H. et alii. Determinantes do Uso de Cigarros. **Clínicas de Doenças Pulmonares**, Rio de Janeiro, v.4, p.761-775, 1991.
- KUTCHINS, S. The Treatment of Smoking and Nicotine Addiction with Acupuncture. In: COCORES, J. A. (ed): **The Clinical Management of Nicotine Dependence**. New York: Springer-Verlag, 1991. p.169-180.
- L. J. Nicotine Anonymous. In: COCORES, J. A. (ed): **The Clinical Management of Nicotine Dependence**. New York: Springer-Verlag, 1991. p.326-336.
- LABBADIA, E. M.; ISMAEL, S. M. C. (org.). Uma Visão Psicológica do Tabagista. **Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia**. São Paulo: Papirus, 1995. p.73-87.
- LERMAN, C. et alii. Biological Markers in Smoking Cessation Treatment. **Seminars in Oncology**, Philadelphia, v.20, n.4, p.359-367, 1993.
- MARCUS, B. H. et alii. Usefulness of physical exercise for maintaining smoking cessation in women. **American Journal of Cardiology**, New York, v.68, p.406-407, Aug. 1991.
- MARLATT, G. A. Avaliação cognitiva e procedimentos de intervenção para a prevenção da recaída. In: MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. **Prevenção da recaída, estratégia e manutenção de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.178-248.
- _____. Determinantes situacionais da recaída e intervenções de treinamento de habilidades. In: MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. **Prevenção da recaída, estratégia e manutenção de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.64-114.

- MARLATT, G. A. Mudança no estilo de vida. In: MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. **Prevenção da recaída, estratégia e manutenção de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.249-310.
- MARLATT, G. A. Racionalidade teórica e visão geral do modelo. In: MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. **Prevenção da recaída, estratégia e manutenção de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.3-63.
- MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. **Prevenção da Recaída, Estratégia e manutenção de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- McGOVERN, P. G.; LANDO, H. A. Reduced nicotine exposure and abstinence outcome in two nicotine fading methods. **Addictive Behaviors**, New York, v.16, p.11-20, 1991.
- McNEIL, A. D. et alii. Abstinence from smoking and expired-air carbon monoxide levels: lactose intolerance as a possible source of error. **American Journal of Public Health**, Washington, v.80, n.9, p.1114-1115, 1990.
- MENDELSON, C.; RICHMOND, R. The pros and cons of transdermal nicotine therapy. **Medical Journal of Australia**, Sydney, v.160, p.803, 20 Jun. 1994.
- MILLER, N. S. Nicotine addiction as a disease. In: COCORES, J. A. (ed). **The Clinical management of Nicotine Dependence**. New York: Springer-Verlag, 1991. p.66-78.
- MOOREY, S. Abusadores de drogas. In: SCOTT, J. et alii. **Terapia cognitiva na prática clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.192-223.
- NEMERY, B. De la Santé des Gens de Lettres (About the Health of Learned People) Lausanne, J. F. Bassompierre, 1769. In: TISSOT, M. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v.118. p.882. June 1993.
- A NICOTINA causa dependência física ao fumante. **Atualidades em tabagismo**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.6, abr. 1995.
- ORFORD, J. Em busca de uma síntese no estudo da natureza de drogas: Enfrentando as complexidades. In: EDWARDS, G. et alii. **A natureza da dependência de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.252-267.

- PALMER, J. et alii. Physical exercise as a treatment intervention for alcoholics. **Journal of Studies on Alcohol**, New Brunswick, v.49, p.418-421, 1988.
- PALMER, K. J.; BUCKLEY, M. M.; FAULDS, D. Transdermal nicotine. Drug evaluation. **Drugs**, New York, v.44, n.3, p.498-529, 1992.
- PARAR de fumar, uma decisão inteligente. s.l.: Ministério da Saúde, Instituto Nacional Câncer - INCa, Coordenação de Programas de Controle de Câncer - Pro-Onco, 1994.
- PETO, R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. **British Medical Journal**, London, v.309, p.937-939, Oct. 1994.
- PICKWORTH, W. B.; BUNKER, E. B.; HENNINGFIELD, J. E. Clinical Laboratory testing on nicotine. In: COCORES, J. A. (ed): **The Clinical Management of Nicotine Dependence**. New York: Springer-Verlag, 1991. p.232-255.
- PIRIE, P. L. et alii. Smoking cessation in women concerned about weight. **American Journal of Public Health**, Washington, v.82, n.9, p.1238-1243, Sept. 1992.
- POHLMANN, P. R. et alii. Tabagismo em Porto Alegre: prevalência e o papel dos profissionais da saúde na prevenção. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Rio de Janeiro, v.37, n.1, p.8-14, jan./mar. 1991.
- POMERLEAU, O. F.; POMERLEAU, C. S. Research on stress and smoking: progress and problems. **British Journal of Addiction**, London, v.86, p.599-603, 1991
- PROCHASKA, J. O. et alii. Predicting change in smoking status for self changers. **Addictive Behaviors**, New York, v.10, p.395-406, 1985.
- _____. Standardized, Individualized, Interactive, and Personalized Self-Help Programs for Smoking Cessation. **Health Psychology**, Washington, v.12, n.5, p.399-405, 1993.
- PROCHASKA, J. O.; GOLDSTEIN, Michael G. Processo de supressão do tabagismo. **Clínicas de Doenças Pulmonares**, Rio de Janeiro, v.4, p.777-785, 1991.
- PUENTE-SILVA, F. G. et alii. Experiencias de la clínica de tabaquismo. Resultados de un programa educativo-conductual. **Salud Mental**, México, v.7, n.2, 1984.

- RAMOS, S. P. et alii. **Alcoolismo hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- RESPIRATORY Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders. Washington: **E.P.A.**, p.1-1, Dec. 1992.
- ROSEMBERG, J. **Alguns aspectos marcantes da história do tabaco.** Rio de Janeiro: s.ed., 1994.
- ROSEMBERG, J. Tabagismo: fenômeno social universal. In: _____. **Tabagismo: Sério Problema de Saúde Pública.** São Paulo: Almed, 1987. p.225-256.
- _____. Medidas de luta contra o tabagismo. In: _____. **Tabagismo: Sério Problema de Saúde Pública.** São Paulo: Almed, 1987. p. 257-282.
- RUSSELL, M. A .H. et alii. Effect of General Practitioner's Advice Against Smoking. Clinical Opportunities for Smoking Intervention. Public Health Service. **British Medical Journal,** London, v.2, p.231-235, 1979.
- RUSTIN, T. A. History of Addiction Treatment. In: _____. **Quit & Stay Quit. A personal program to stop smoking.** Minnesota: s.ed., 1994. p.148-224.
- _____. Recovery-oriented nicotine addiction therapy. In: COCORES, J.A. (ed). **The Clinical Management of Nicotine Dependence.** New York: Springer-Verlag, 1991. p.119-134.
- SACHS, D. P. L.; LEISCHOW, S. J. Abordagens farmacológicas para supressão do tabagismo. **Clínicas de Doenças Pulmonares,** Rio de Janeiro, v.4, p.835-843, 1991.
- SANCHEZ-CRAIG, M. **Dealing with drinking - steps to abstinence or moderate drinking,** Ontario: Addiction Research Foundation of Ontario, 1987.
- SCHELLING, T. C. Addictive Drugs: The Cigarette Experience. **Science,** Washington, v.255, p.430-433, Jan. 1992.
- SCHUCKIT, M. Xantina (cafeína) e nicotina. In: SCHUCKIT, M. **Abuso de Álcool e Drogas, uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p.246-268.
- SCHWARTZ, J. L. Métodos para supressão do tabagismo. **Clínicas de Doenças Pulmonares,** Rio de Janeiro, v.4, p.787-803, 1991.
- _____. Métodos para parar de fumar. **Clínicas Médicas da América do Norte,** Rio de Janeiro, v.2, p.453-479, 1992.

- SHIFFMAN, S. et alii. Prevenção de Recaídas em ex-fumantes: uma abordagem de auto-manejo. In: MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. **Prevenção da Recaída**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.419-463.
- SLABY, A. G. **Acayatl's course. The Clinical Management of Nicotine Dependence**. New York: Springer-Verlag, 1991. p.3-27.
- SLOAN, R. P. et alii. Cessations and relapse in a year-long workplace quit-smoking contest. **Preventive Medicine**, New York, v.19, p.414-423, 1990.
- SMITH, J. W. Counterconditioning Methods. In: COCORES, J. A (ed). **The Clinical Management of Nicotine Dependence**. New York: Springer-Verlag, 1991. p.135-149.
- SMITH, M. J. **Sim, você pode dizer não**. Rio de Janeiro: Record, 1986.
- TABAGISMO e meio ambiente. O impacto ambiental da produção e consumo do tabaco, um documento denúncia para a conferência mundial de ecologia. Rio de Janeiro: Coordenação de programas de controle de Câncer. Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde, 1992.
- TABAQUISMO y Salud en Las Americas. Washington: **Oficina Sanitaria Panamericana**, 1992.
- TATE, J. C.; SCHMITZ, J. M. A proposed of the Fagerström Tolerance Questionnaire. **Addictive Behaviors**, New York, v.18, p.135-143, 1993.
- THE EFFECTS of involuntary smoking in general. **Action on Smoking and Health**, Washington, 1994.
- TRINTA e um de maio. Dia Mundial sem Tabaco. **Economia e tabaco**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 1995.
- UMA CONVERSA franca sobre como lidar com o "stress". In: KAY, R. **Plain talk series**. s.l.: National Institute of Mental Health, 1992.
- U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General**. Rockville, Maryland, 1988.
- _____. How to help your patients stop smoking. In: A NATIONAL Cancer Institute Manual for Physicians. Rockville, Maryland, 1991.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Cognitive-behavioral coping skills therapy manual. **A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence.** In: NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, Rockville, Maryland, 1994. v.3.

_____. Motivational enhancement therapy manual. **A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence.** In: NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM, Rockville, Maryland, 1994. v.2.

WARNER, K. Até que a morte nos separe: o turbulento caso de amor da civilização com o cigarro. **Cuidados com a Saúde IV.** São Paulo: Enc. Britannica do Brasil, 1992. p .109.

WYND, C. A. Relaxation imagery used for stress reduction in the prevention of smoking relapse. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.17, p.294- E 302, 1992.