

SÍLVIA MARIA CURY ISMAEL

**Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na
terapêutica do tabagista**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental

Orientadora: Dra. Julieta Maria de Barros Reis Quayle

São Paulo
2007

“Fuma-se não porque fumar seja bom, mas exatamente porque é ruim.

O fato de os cigarros prejudicarem a saúde é o que alimenta a beleza sombria do ato de fumar.

Fumar neste sentido é um ato de desafio às forças relacionadas ao mal e à morte, forças da natureza que são de difícil compreensão, pois é um lado mórbido do ser humano de estar repetindo comportamentos que são prejudiciais física e emocionalmente; é a compulsão à repetição.

Apenas quando se entender o fascínio que existe por trás da máscara sombria do cigarro, será possível abrir caminho para substituí-lo por outro tipo de prazer.”

Immanuel Kant (1790)

“...Deixando de fumar privaria o espetáculo de seu interesse, a comida de seu sabor, o trabalho matinal de sua vivacidade e frescor.

A vida se tornaria empobrecida.

Para deixar de fumar seria necessário reduzir o cigarro a não mais do que ele mesmo: uma erva que se queima.

Cortar seus nexos simbólicos com o mundo, estar convencido de que nada faltaria à peça de teatro, à paisagem, ao livro que se lia, se os considerasse sem o cigarro...”

Jean - Paul Sartre

DEDICATÓRIA

AGRADEÇO AO MEU MARIDO IBRAHIM
PELO INCENTIVO DE SEMPRE, E AOS MEUS
FILHOS MELLINA E ALEXANDRE, POR ME
FAZEREM ACREDITAR QUE VALE A PENA
LUTAR PARA QUE OS SONHOS SE TORNEM
REALIDADE!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À DRA JULIETA MARIA DE BARROS REIS QUAYLE, MINHA ORIENTADORA, NÃO SÓ POR SUA ATENÇÃO, CARINHO, DEDICAÇÃO, RESPEITO E ÉTICA NA ORIENTAÇÃO DESTE TRABALHO, COMO, PRINCIPALMENTE, POR SUA AMIZADE E POR TUDO QUANTO ELA ME ACRESCENTOU NESTES TRÊS ANOS DE CONVIVÊNCIA CONSTANTE E PROFÍCUA.

AGRADECIMENTOS

Dr. Antônio Carlos Kfour, Superintendente do Hospital do Coração, que me permitiu a realização desta tese, além de sempre ter incentivado meu trabalho com os fumantes.

Sra. Ivone Maksoud, Presidente da Associação do Sanatório Sírio, por confiar em meu trabalho, e pelo apoio irrestrito a ele.

Dr. Pedro Mathiasi Neto, por seu carinho e incentivo constante em minha trajetória no Hospital do Coração.

Dr. Marcelo Gervilla Gregório, pela ajuda na elucidação das questões médicas.

À minha equipe de psicólogos do Hospital do Coração, por me ajudarem no desenvolvimento deste trabalho.

Juliana dos Santos Batista, por me ajudar na organização da coleta de dados e digitação dos dados no Excel.

Valdenice Martins Fumeiro, por seu carinho e disponibilidade na digitação do trabalho.

Rosana Scabin, da Biblioteca do Hospital do Coração, sempre com grande disposição em levantar textos para referendar este trabalho.

Glória Heloise Perez, por sua amizade, carinho e incentivo.

Eglí Solé Pazero e Mônica Andreis, pelo companheirismo, amizade e parceria no trabalho junto aos fumantes.

Patrícia Cury Ribeiro, pelo apoio na formatação e contato com as revistas científicas americanas para publicação de artigo da tese.

Virgínia Menon, pelo carinho nas correções do português.

Wilma Dagli Zaidan, pela colaboração nas traduções do inglês.

Aos meus caros participantes, não só desta pesquisa, como também aqueles que continuam a nos procurar no Hospital do Coração e que confiam em nosso conhecimento e capacidade para tratá-los.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes considerando a efetividade do tratamento e de acordo com sexo e idade.....	60
Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com tempo médio de tabagismo, tempo de tabagismo em anos, porcentagem da vida que fuma, quantidade de cigarros fumados por dia e antecedentes familiares tabagistas.....	61
Tabela 3 - Distribuição dos participantes de acordo com a Motivação para parar de fumar (Prochaska).....	62
Tabela 4 - Distribuição dos participantes de acordo com recaída no grupo 3	63
Tabela 5 - Distribuição dos participantes de acordo com a porcentagem dos motivos mais freqüentes para recaída por sexo.....	63
Tabela 6 - Distribuição dos participantes de acordo com Escala de Fagerström.....	64
Tabela 7 - Distribuição dos participantes de acordo com os Motivos e Objetivos para fumar : estimulação, prazer, redução de tensão e vício.....	66
Tabela 8 - Distribuição dos participantes de acordo com freqüência nas sessões de psicoterapia.....	67
Tabela 9 - Distribuição dos participantes de acordo com satisfação e tipo de satisfação.....	68
Tabela 10 - Distribuição dos participantes de acordo com o BDI	73
Tabela 11 - Indicadores preditivos de recaída : Tabela de Risco Relativo Modelol	77
Tabela 12 - Indicadores preditivos de recaída: Tabela de Risco Relativo	

Modelo II..... 78

Tabela 13 -Tabela de sobrevivência de Kaplan-Meier : distribuição dos participantes de acordo com Probabilidade de Manutenção da Abstinência em até 12 meses79

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos grupos de participantes, de acordo com a Escala de Fagerström.....	65
Figura 2 - Distribuição dos participantes de acordo com a comparação do grau de vício de nicotina com a Escala Fagerström.....	65
Figura 3 - Distribuição dos participantes de acordo com motivos e objetivos para fumar.....	66
Figura 4 - Distribuição dos pacientes em relação ao QSG ajustado pelo sexo.....	69
Figura 5 - Distribuição da pontuação média dos participantes de acordo com o QSG para o sexo masculino.....	70
Figura 6 - Distribuição dos participantes de acordo com o QSG para o sexo feminino	71
Figura 7 - Curva de Sobrevida de Kaplan-Meier: stress psíquico do QSG...72	
Figura 8 - Curva de Sobrevida de Kaplan-Meier: desejo de morte do QSG.72	
Figura 9 - Distribuição dos participantes de acordo com BDI.....	74
Figura 10 - Distribuição dos participantes de acordo com o BDI no Pré e Pós-tratamento (n=14).....	74
Figura 11 - Curva de sobrevida de Kaplan-Meier: BDI.....	75
Figura 12 - Curva de Sobrevida de Kaplan-Meier para a probabilidade de manutenção da abstinência em até 12 meses.....	80

SUMÁRIO

Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Resumo	
Summary	
1 INTRODUÇÃO.....	01
1.1 Objetivo.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
2.1 A dependência física e psicológica.....	11
2.2 Como o adolescente inicia o uso do cigarro.....	16
2.3 Conseqüências do fumo sobre a saúde.....	18
2.4 A terapia cognitiva	21
2.5 O processo de mudança de comportamento.....	27
2.6 Efetividade: evidencias de pesquisa	31
3 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	44
3.1 Participantes.....	45
3.2 Critério de exclusão	46
3.3 Instrumentos	46
3.3.1 Instrumentos para coleta de dados.....	47
3.3.2 Técnicas de Intervenção	49
3.4 Procedimento.....	51
3.4.1 No recrutamento dos participantes.....	51
3.4.2 Na coleta de dados e na intervenção psicológica.....	51
3.4.3 Esquema terapêutico	52
3.4.4 Tratamento dos dados.....	54

4 RESULTADOS.....	58
4.1 Descrição dos Resultados.....	59
4.1.1 Caracterização sócio-demográfica.....	59
4.1.2 Caracterização em relação ao hábito de fumar.....	60
4.1.3 Frequência às sessões e satisfação ao programa.....	67
4.1.4 Saúde geral e depressão (QSG e BDI).....	68
4.1.5 Indicadores Preditivos de recaída de abstinência – Modelo I e II.....	75
4.1.6 Curva de Sobrevida de Kaplan-Meier (Probabilidade da Manutenção da Abstinência)	79
5 DISCUSSÃO.....	81
5.1 Índice de sucesso e dados sócio-demográficos.....	87
5.2 A questão da dependência.....	101
5.3 O fenômeno da recaída <i>versus</i> sucesso do tratamento.....	110
5.4 Efetividade e satisfação em relação ao programa.....	116
6 CONCLUSÃO	124
7 ANEXOS.....	127
8 REFERÊNCIA	147

Ismael, SMC. *Efetividade da Terapia Cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista [tese]*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (Brasil); 2007.

O tabagismo tem sido considerado um problema de saúde pública mundial pela Organização Mundial da Saúde. São previstas, para 2020, mais de dez milhões de mortes no mundo por doenças tabaco-relacionadas. Torna-se, portanto, importante aprimorar formas de tratamento aos fumantes que queiram parar de fumar e busquem ajuda por não se sentirem capazes de conseguí-lo sozinhos. O objetivo da presente proposta foi investigar se a efetividade de um programa de tratamento com base na terapia cognitivo-comportamental, associada à medicação, seria mais efetivo do que a literatura reporta para a abstinência/recaída. O critério de efetividade foi a cessação do tabagismo auto-referida pelos participantes em seis meses de tratamento. Foram avaliados 61 fumantes, com idades variando entre 18 a 60 anos, de ambos os sexos. Estes fumantes foram divididos em três grupos: pacientes que não pararam de fumar (grupo 1), abstinentes (grupo 2) e que recaíram (grupo 3). Os resultados demonstraram que, desta população, 78,7% estavam abstinentes ao final de seis meses de tratamento. Antes, eles fumavam, em média, por 24,6 anos, 22,6 cigarros por dia; 62,3% estavam no estágio de contemplação de acordo com Prochaska. Os motivos mais frequentes citados para a recaída foram estresse (61,9%) e ansiedade (19%). A média geral do Fagerström foi de 4,18 (tolerância baixa), sendo que o grupo 1 apresentou o grau de tolerância menor da amostra. 77,4% dos fumantes manifestaram estar satisfeitos com o tratamento, sendo que os motivos maiores de satisfação foram o apoio psicológico e a interação com o grupo. O índice de Saúde Geral da amostra é compatível com a população geral; o Inventário Beck de Depressão (BDI) mostrou níveis maiores de depressão nos grupos 1 e 3. Foram propostos indicadores de maior risco de recaída: número de anos que o participante fuma (maior), número de cigarros fumados por dia (menor), ter fumado sempre a mesma quantidade de cigarros por dia, morar com outros fumantes, teores baixos de nicotina no cigarro em relação ao médio e alto, ausência de tentativas anteriores para cessar de fumar, frequência baixa de participação nas sessões de tratamento, utilizar o cigarro como estimulante, fumar quando entusiasmado, quando não consegue permanecer em locais onde o fumo é proibido, quando refere ter dó de si próprio, quando manifesta pouca satisfação em relação ao trabalho e à vida. A Curva de sobrevivência de Kaplan-Meier demonstrou que 49,7% desta amostra devem permanecer em abstinência por um ano, índice maior do que reporta a literatura revisada. Propõe-se a realização de estudo randomizado, com uma população maior, para validar os indicadores propostos e a efetividade comparativa do programa.

Descritores: tabagismo/terapia, terapia cognitiva, resultado de tratamento, recidiva, abandono do uso de tabaco

Ismael, SMC. *Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy in the tobacco user treatment [thesis]*. Faculty of Medicine University of Sao Paulo (Brazil); 2007.

Tobaccoism has been considered as a World Public Health problem according to the World Health Organization. More than 10 million deaths in the world caused by problems related to tobacco is the prevision for 2020. Therefore, it is important to improve ways of treatment for smokers who would like to quit smoking and search for help for not being able to do so by themselves. The purpose of this present proposal was to check whether the effectiveness of a treatment based on Cognitive-Behavior Therapy associated with medication was better than the literature reported to abstinence/relapse. The effectiveness criterion was the self-mentioned smoking cessation by the participants in 6 months of the treatment. 61 smokers aged 18-60 years both male and female were evaluated. These smokers were divided into three groups: patients who did not give up smoking (group 1), the abstinence smokers (group 2) and the relapse ones (group 3). The results showed that by the end of 6 months of treatment 78,7% of this population had become abstainers. At first, as an average they smoked for 24,6 years, 22,6 cigarettes a day; 62,3% was on contemplation stage according to Prochaska. The most frequent mentioned causes for the relapse were stress (61,9%) and anxiety (19%). Fagerström general average was 4,18 (low tolerance) so that group 1 showed a lower degree of tolerance of the sample. 77,4% of the smokers mentioned to be happy with the treatment due to the psychological support and group interaction as main reasons. The General Health Index of the sample is compatible with general population and the Beck Depression Inventory (BDI) showed higher levels of depression in groups 1 and 3. Indicators of higher relapse risk were suggested: the participant smoking time (higher), how many cigarettes a day (lower), having always smoked the same quantity of cigarettes a day, living with another smokers, low nicotine in the cigarette in relation to the medium and high ones, absence of previous attempts to stop smoking, low frequency of participation in the meetings for treatment, using the cigarette as a stimulant, smoking when the smoker is excited, when he can't help remaining where smoking is forbidden, when the smoker mention to be sorry for himself, when the smoker presents no pleasure in relation to work and life. The Kaplan-Meier survival curve showed that 49,7% of this sample must continue in abstinence for one year, a higher index than the reported revised literature. It is suggested to perform randomized studies, with a bigger population, to validate the appointed indicators and the comparative effectiveness of the program.

Descriptors: smoking/therapy, cognitive therapy, treatment outcome, recurrence, tobacco use cessation.

1 INTRODUÇÃO

O tabaco tem sido utilizado nas Américas há milhares de anos (estima-se que desde 1000 a.C.), sob várias formas e com propósitos culturais diferentes. Em algumas sociedades indígenas, faz parte de ritos religiosos, funcionando como forma de exercer autoridade sobre a tribo. Os aborígenes americanos costumavam fumar tabaco em cerimônias religiosas, em rituais mágicos em que sacerdote, cacique ou pajé da tribo entravam em transe através da utilização do fumo (Lewis, 1997; Rosemberg, 2002). Alguns estudos demonstram que, no Peru, existiam mais de dez tipos de plantas de fumo com poderes alucinógenos, como a *Nicotiana penicilata* e *ondulata*. Ao tabaco também eram atribuídos efeitos maravilhosos, tais como purificação, proteção e fortalecimento, sobretudo para os guerreiros das tribos. Em outras culturas, ele foi utilizado como remédio para diversas doenças.

De acordo com Rosemberg (2002), quando Colombo veio para as Américas, o tabaco era plantado em quase todos os continentes. Na Europa, sua entrada deu-se simultaneamente por caminhos diferentes: Espanha, Portugal, França e Inglaterra. A planta chamada *NICOTIANA TABACUM* chegou ao Brasil através da migração dos índios tupis-guaranis, sendo que o primeiro contato dos portugueses com a erva deu-se por ocasião de seu desembarque aqui. Especificamente, o tabaco foi introduzido em Portugal por um donatário português, chamado Luís de Góes, que havia

vindo ao Brasil em 1542. Nas sociedades modernas da América o tabaco vem sendo utilizado como estimulante, sendo associado a uma melhora no rendimento e no prazer pessoal e social.

No século XVI, seu uso foi disseminado na Europa por Jean Nicot, embaixador da França. Ele ganhou sementes e folhas de tabaco quando em missão diplomática em Portugal, no período compreendido entre 1559/1560. Tais sementes foram plantadas nos jardins portugueses e depois transplantadas no jardim da embaixada. Foi Nicot quem descobriu o uso do tabaco como remédio, ao curar uma ferida de sua perna, assim como o mesmo se deu no caso de outra ferida, desta vez em seu cozinheiro. Com a divulgação de seus efeitos curativos, a fama do tabaco propagou-se, chegando até Catarina de Médicis. Com a utilização de infusões da folha, sua enxaqueca melhoraria significativamente. Tal hábito foi sendo disseminado na corte, e o tabaco passaria, então, a ser chamado de erva da rainha ou catariana. Alguns tratados de medicina chegaram a listar mais de 50 doenças que poderiam ser tratadas com seu uso, tais como: bronquite crônica, asma, problemas no fígado, intestino, males do cérebro, doenças de pele em geral, entre outras. A partir daí, esta folha começou a ser conhecida pelo nome de seu divulgador europeu, ou seja, *Nicotiana* (conforme registro em um dicionário francês de 1584) e, após anos de discórdia com Thevet (que também reivindicava a descoberta medicinal da planta), registrou-se a mesma como *Nicotiana tabacum* e outras variedades como rústica, glutinosa e penicilata (Carvalho, 2000). As folhas desta planta foram inicialmente utilizadas para fumo de cachimbo (século XVII), rapé e tabaco para mascar

(século XVIII), charuto (século XIX). Desde o início do século passado, o cigarro passou a ser produzido de forma industrial, sendo cada vez mais associado a padrões de vida elevados, atingindo principalmente o público mais jovem (Lewis, 1997; Costa e Silva e Romero, 1988; Schwartz, 1992). Sua disseminação foi muito rápida, sendo que no século XVII já era utilizado por toda Europa, por todas as camadas sociais (Rosemberg, 2002; 2003).

As restrições de uso do tabaco acompanharam sua fama: já no século XVI, seu uso começou a ser percebido em diferentes países. Ao mesmo tempo em que a erva era cultuada, vários problemas relativos à intoxicação por ela provocada foram sendo observados e relatados. Como exemplo, foi observada a morte, em 24 horas, de três crianças que haviam esfregado a folha de tabaco na pele. Na Turquia, o rei Almed, baseado em seu livro sagrado, proibia o uso do tabaco, pois temia o enfraquecimento genético. Ele acreditava que o tabaco poderia provocar esterilidade. Na Pérsia, o xá, considerando o hábito de fumar como coisa demoníaca, mandava verter chumbo quente na garganta dos fumantes. Alguns sultões, por motivos religiosos, ordenavam o decepamento do nariz do fumante. Os vendedores de tabaco podiam até mesmo ser queimados vivos por motivos religiosos (Carvalho, 2000; Rosemberg, 2002). É interessante registrar que o uso do tabaco vem sendo combatido desde o século XVI (precisamente em 1591, por Guillaume de Mera). Em 1788, na Polônia, o Dr. Bulchoz fez, pela primeira vez, referência científica em relação à dependência da nicotina, fato que veio a ser comprovado apenas no século XX (Carvalho, 2000).

Apesar de a utilização e posterior industrialização do tabaco ter sido

disseminada de forma meteórica, gerando uma das economias mais fortes do mundo, somente no século passado é que teve início efetivamente o trabalho de divulgação dos malefícios associados ao fumo. Foi quando medidas começaram a ser adotadas para tratar este importante problema de saúde pública mundial.

O tabagismo é a principal causa evitável de doença e morte não só nos Estados Unidos da América como também no Brasil. Fazendo uma breve retrospectiva, nos Estados Unidos, em 1900, cada adulto consumia em torno de 3.200 gramas de tabaco por ano. Deste total, a maior parte era consumida por mastigação ou inalação. Cada indivíduo consumia menos de 500 gramas sob forma de cigarros ou cigarrilhas. Em 1918, o consumo de cigarros de tabaco tinha disparado em relação às outras formas de utilização, e a epidemia teve, então, início. O consumo aumentou sensivelmente na década de 50, tendo atingido o pico em 1963. Em 1990, o consumo médio foi avaliado em 2.800 cigarros/ano para cada adulto (Lewis, 1997).

Desde a publicação do primeiro relato do *Surgeon General*, em 1964, a saúde pública vem lutando contra o tabagismo e confirma que ele é considerado uma adicção que ameaça diretamente a saúde (Gimenez, 1990). Tem causado uma epidemia de morbidade e mortalidade prematuras, através do seu efeito sobre doenças respiratórias, cardiovasculares e as neoplasias (Borhani, 1977; Gimenez, 1990; Fuchs, 1992). A mortalidade chega a ser duas vezes maior em fumantes do que em não fumantes, e isto representa a maior causa de morte em grandes cidades do Brasil (Lolio

e Laurenti, 1986). Para o ano de 2020, a perspectiva de mortalidade é de 3 milhões em países desenvolvidos e de 7 milhões em países em desenvolvimento. Tais dados significarão 10 milhões de mortes ligadas ao uso do tabaco no já citado ano de 2020. Da mesma forma, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabaco mata, na atualidade, 5 milhões de pessoas por ano, número que ultrapassa a soma de mortes por AIDS, cocaína, heroína, álcool, suicídio e acidentes de trânsito (Becoña e Vasquez, 1998; Carvalho, 2000).

Mesmo sendo o tabagismo uma prática antiga no mundo, só após os anos 80 do século XX a nicotina foi incluída como droga que causa dependência psicoativa entre os critérios diagnósticos de doenças (Unimed, 1999; APA, 2006). A década de 1990 deu início à segunda batalha contra o tabagismo. Para tanto, passou-se a utilizar o conhecimento atual sobre o tabaco e sua dependência, a fim de realizar a prevenção primária e programar intervenção para a interrupção do uso. Para a erradicação da epidemia de doenças relacionadas ao fumo, deve-se informar e planejar ações. No plano de ação alguns passos são importantes: compreender a epidemiologia, rever o conhecimento acerca do risco de saúde resultante do tabagismo, saber diagnosticar e tratar a dependência da nicotina, implementar uma rápida intervenção clínica para pacientes fumantes e intervir com o público jovem de forma prática e eficiente.

Segundo a OMS, existem hoje 1,2 bilhões de fumantes no planeta, sendo que nos últimos 10 anos a estimativa apontava que 30 milhões de pessoas foram a óbito em virtude do uso do cigarro (Brasil, 1997). Moreira

et al. (1995), em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, identificaram como fatores de risco do uso do tabaco pessoas que se enquadrassem nas seguintes características: sexo masculino, idade entre 30 e 39 anos, baixo nível sócio-econômico e associação ao consumo de bebida alcoólica.

No Brasil existem hoje pelo menos 39 milhões de fumantes, sendo que, deste total, três milhões teriam idades variando entre 10 e 19 anos. São 200 mil mortes associadas ao uso do cigarro em decorrência de diversas doenças.

A partir de 1964, o consumo passou a diminuir, passando de 41% de adultos fumantes para 28% em 1992. Com relação ao sexo dos usuários, inicialmente havia uma prevalência do sexo masculino sobre o feminino. Entretanto, como este último aumentou seu consumo, pressupõe-se ser tendência, com o passar do tempo, que a diferença por sexo inexista ou venha até mesmo a se tornar maior para o segundo grupo (Araújo et al., 2006).

Uma vez que o tabagismo tem sido considerado um problema de saúde pública mundial, resultando em uma alta morbi-mortalidade, todos os estudos que possibilitam melhorar o atendimento àquele que quer parar de fumar são importantes. O Brasil tem se destacado mundialmente no combate ao fumo. Aqui vale a pena comentar sobre a “Convenção Quadro de Controle do Tabaco”. Ela é considerada o primeiro “Tratado de Saúde Pública Mundial”, pois prevê o controle da disseminação do tabaco no mundo e do contrabando nas fronteiras; propõe mudanças na cultura do fumo para não prejudicar os colonos que trabalham no seu plantio; prevê a

proibição de propagandas que possam atingir principalmente a população mais jovem; a proibição do uso de palavras como “*free*” e “*light*”, que dão a impressão de ser o cigarro mais brando e, portanto, menos perigoso; prevê o tratamento para os fumantes e a formação de agentes de saúde para ajudar a população a conhecer os malefícios do cigarro. Promove, ainda, a “*advocacy*”, ou seja, trabalha junto aos órgãos governamentais e a sociedade civil para combater a expansão do tabaco no Brasil e no mundo. O Brasil foi líder nas negociações deste tratado em Genebra por cinco anos, até sua aprovação em mais de 190 países. Para que se convertesse em lei, ele deveria ser votado positivamente na Câmara dos Deputados e no Senado - o que acabou ocorrendo aqui no Brasil no ano de 2005, a despeito das tentativas em contrário por parte da indústria do cigarro e de alguns políticos. Apesar de o nosso país ser o segundo no mundo em produção e exportação da folha de tabaco, ele se destaca em programas de tratamento ao fumante.

Assim, julgamos importante colaborar nesse esforço, buscando formas de melhor ajudar nossa população, subsidiando a literatura nacional para aqueles que queiram aprofundar um pouco mais seus conhecimentos e atuar nesta área.

1.1 OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é investigar a efetividade de um programa de Intervenção Psicológica Cognitivo-Comportamental junto a tabagistas de ambos os sexos, na faixa etária que varia de 18 a 60 anos, que queiram parar de fumar, comparativamente aos dados disponíveis na literatura, buscando indicadores de facilitação e de comprometimento no processo de cessação do cigarro.

O critério de efetividade aqui adotado foi a abstinência de inalação de nicotina e tabaco referida pelo paciente ao final do programa de intervenção, e decorridos seis meses após o tratamento.

Os objetivos específicos são:

- a) avaliar a efetividade de programa de cessação do cigarro com intervenção psicológica cognitivo-comportamental em um mês, primeiramente, e seis meses após o término do tratamento;
- b) verificar os níveis de estresse, depressão, comportamento autodestrutivo e abstinência intragrupo, e sua associação com a efetividade do programa ou com a recaída;
- c) investigar a opinião dos usuários do programa sobre sua efetividade.

A hipótese deste trabalho fundamenta-se em um programa integral de tratamento ao fumante, devendo contemplar os aspectos bio-psico-sociais do indivíduo que deseja abandonar o hábito de fumar. O programa será mais eficaz quando passar a considerar as questões emocionais em suas proposições terapêuticas, associando uma intervenção psicológica específica. O pressuposto subjacente a esta hipótese é que determinados aspectos emocionais podem interferir positiva ou negativamente na disposição e capacidade do participante de efetivar sua deliberação de parar de fumar. Um programa de intervenção psicológica possibilitando a abordagem de tais aspectos, de forma sistemática e diferenciada, apresentará, comparativamente, maior efetividade quando cotejado por esquemas terapêuticos com exclusiva utilização de medicamentos.

Em nosso estudo, optamos pela Terapia cognitivo-comportamental de tempo limitado, uma vez que ela possibilita o trabalho com as principais variáveis implicadas pela literatura em relação ao tabagismo e outras formas de dependência. Beck (1997), em estudos revisados demonstrou a eficácia da Terapia Cognitiva em inúmeros distúrbios emocionais, principalmente no caso de abuso de substâncias químicas.

No presente estudo, serão tomados como indicadores da efetividade do programa:

- 1) abstinência auto-referida do cigarro¹;
- 2) efetividade deste programa, quando comparado a outro que use exclusivamente medicação no tratamento;

¹ É considerada abstinência quando o indivíduo não fuma nenhum cigarro por pelo menos sete dias consecutivos (Presman, 2005).

3) opinião dos usuários sobre o programa e sua efetividade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A dependência física e psicológica

A droga é qualquer substância química, natural ou não, que pode produzir efeitos no funcionamento do nosso corpo, provocando mudanças fisiológicas e/ou de comportamento. Ela altera o sistema nervoso central (SNC) do indivíduo, mudando seu humor, percepção, estado emocional, comportamento e aprendizagem. Para que a droga seja considerada de efeito psicoativo é necessário haver evidências de que o comportamento para usá-la seja reforçado, em certa medida, pelo próprio efeito da substância, como é o caso do cigarro. Assim, a nicotina é então considerada uma droga estimulante do SNC. Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a dependência de drogas é um padrão comportamental no qual o uso da droga psicoativa é mais importante do qualquer outro comportamento do indivíduo (Brasil, 1997). A nicotina chega ao cérebro em um curto período de tempo (Palfai & Jankiewicz, 1997), alimentando os receptores de células cerebrais capazes de reconhecê-la. O organismo reage à nova substância, acostumando-se, com o tempo, a receber cargas freqüentes da droga. Cada tragada chama a próxima e, em um prazo de um a três meses, a adicção instala-se. Nesta fase, observa-se a ocorrência da tolerância, que é a quantidade de nicotina que o indivíduo necessita para suprir seus receptores cerebrais. Dessa forma, quanto maior a tolerância, maior a necessidade da nicotina e maior a dependência física

(Gimenez, 1990). Além disso, a nicotina provoca uma série de respostas no organismo: é estimulante e depressor ganglionar, promovendo a liberação de catecolaminas, aumento de pressão arterial, frequência cardíaca, aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio, vasoconstrição periférica e aumento de agregação plaquetária. A fumaça do cigarro é uma mistura complexa de 4720 substâncias tóxicas diferentes relacionadas ao tabaco. Dentre elas, de acordo com Gimenez, 1990, 43 são, até o momento, sabidamente descritas como cancerígenas (como o alcatrão e o monóxido de carbono).

Depois que o indivíduo traga a fumaça produzida pelo cigarro, a nicotina chega ao cérebro entre sete e dezenove segundos, liberando várias substâncias pela sua ação em centros dopaminérgicos. Entre elas encontra-se a dopamina responsável pelo aumento do prazer do fumante, subjugando-o cada vez mais. Sua ação em receptores colinérgicos melhora o desempenho cognitivo, principalmente memória, atenção e concentração. Outras substâncias produzidas pela ação da nicotina são: adrenalina, epinefrina, acetilcolina e serotonina entre várias outras. Ficará caracterizado, assim, o estado de nicotino-dependência no indivíduo. Na classificação internacional de doenças da OMS, a nicotina é caracterizada como droga que causa dependência, item F 17,2 de 1992 (Rosemberg, 2002).

Os critérios diagnósticos do DSM-IV-R (APA, 2000) para dependentes de substâncias psicoativas são:

1. a substância é consumida em grandes quantidades ou por períodos maiores do que a pessoa pretendia;

2. desejo persistente ou uma ou mais tentativas fracassadas de interromper ou controlar o abuso da substância;
3. muito tempo empenhado nas atividades para obtenção da substância, consumo ou recuperação de seus efeitos;
4. intoxicação freqüente ou sintomas de abstinência quando o indivíduo é obrigado a realizar tarefas simples ou quando o uso da droga for fisicamente perigoso;
5. suspensão ou diminuição de atividades sociais, profissionais e/ou lazer, pelo uso da substância;
6. uso persistente da substância, apesar do conhecimento de que representa um problema social, psicológico ou físico persistente ou recorrente, causado ou agravado por seu consumo;
7. tolerância marcante: necessita de quantidades progressivamente maiores da substância;
8. sintomas típicos de abstinência;
9. substância consumida freqüentemente, para aliviar ou cortar sintomas de abstinência.

A principal ênfase (itens 1 a 5) é a perda de controle sobre o uso da droga. Neste critério, é necessário que se encontrem, no mínimo, três dos fenômenos acima descritos e que os sintomas persistam há pelo menos um mês, ou tenham ocorrido repetidamente durante um período maior.

Devem-se considerar dois aspectos referentes à dependência física: a tolerância e a síndrome de abstinência.

A tolerância constitui o efeito gerado pela ação da nicotina sobre o

sistema nervoso central, estabelecendo uma ligação química profunda com as células cerebrais e fazendo com que os indivíduos passem a ter necessidade de ingerir quantidades cada vez maiores da droga para continuar obtendo os mesmos efeitos. Isto geralmente acontece porque há uma reação metabólica mais rápida da nicotina pelo fígado e por alterações do funcionamento das células-alvo na presença da droga. Já a síndrome de abstinência ocorre porque, com a supressão da droga, aparecem sinais e sintomas fisiológicos por depressão do SNC. Os sintomas mais comuns são: forte desejo de fumar, inquietação, depressão, transpiração excessiva, transtorno do sono, ansiedade, irritabilidade, agressividade, insônia, dificuldades de concentração, suores súbitos, dor de cabeça, tontura, constipação intestinal, tristeza. Geralmente, após o consumo de um cigarro fumado, esta sintomatologia tende a desaparecer rapidamente (Brasil, 1997; Carvalho, 2000; Rosemberg, 2002).

A dependência psicológica desempenha papel importante na manutenção da adicção. A dependência significa uma necessidade compulsiva do uso da droga, e o resultado disto é que o cigarro passa a ser controlador do comportamento do indivíduo. Ela ocorre paralelamente, e parece ser mais difícil de ser percebida e tratada. Observa-se que o indivíduo fuma por diferentes razões, destacando-se: estimulação (onde o fumar pode ser percebido como modulador de funções fisiológicas melhorando a atenção, a concentração e a energia pessoal); ritual (já que envolve todos os passos dados até se acender o cigarro); prazer (a nicotina libera substâncias hormonais que dão maior sensação de prazer através das

atividades neuroquímicas do cérebro nas vias de recompensa); redução de ansiedade e estresse (quando a nicotina do cigarro chega aos receptores cerebrais, ajuda a diminuir a ansiedade/estresse que o fumante apresenta, dando-lhe uma sensação momentânea de alívio da mesma); hábito (aqui entendido como um condicionamento do fumar em determinadas situações, tais como logo após o almoço); e finalmente a adicção, caracterizada pelo tempo que o indivíduo consegue permanecer sem fumar - ou seja, tem a ver com a tolerância da nicotina e com a dependência física (Christen e Cooper, 1979; Labbadia e Ismael, 1995 a; Leshner, 1996; Carvalho, 2000). Os itens estimulação, prazer, redução de tensão e vício, foram analisados na parte 3 do questionário respondido pelo participante (Anexo B).

Todo comportamento de uso da droga pode ser visto também como resultado de condicionamento. O comportamento do dependente é reforçado pelas conseqüências da ação farmacológica, ou seja, o drogadicto começa a associar humores, situações ou fatores ambientais específicos aos efeitos reforçadores da droga. Este é um fator importante que pode acometer e acarretar a recidiva do uso da droga, após um período de abstinência. O ato de fumar é mantido, em parte, pelo condicionamento, uma vez que a associação do fumar após eventos específicos faz com que estes se tornem fortes estímulos para o desejo de fumar. No tabagismo, a imagem e a aceitação social ou mesmo o desejo de 'fazer parte do grupo' contribui para dar início ao consumo do cigarro, principalmente entre os adolescentes. Sabe-se que a indústria fumageira investe de forma pesada em propaganda não só para os jovens, como também, já nos anos 30 do século XX, investia

de forma agressiva na modalidade cigarro feminino, conquistando outra camada importante da população mundial.

Outros fatores de dependência de drogas estão relacionados a aspectos de personalidade e condições sociais. Indivíduos rebeldes e com distúrbios afetivos parecem aumentar a probabilidade de se tornarem dependentes. Os fatores sociológicos podem determinar o risco. Os padrões do abuso de drogas e o comportamento de usá-las em família ou entre amigos é um forte motivador e reforço para o consumo das mesmas (Leite et al., 1999).

2.2 Como o adolescente inicia o uso do cigarro

Em um trabalho realizado por Leite et al. (1999) ficou evidenciado que a faixa etária mais comum em que se inicia o tabagismo ocorria entre 10 e 19 anos. O adolescente, por estar em uma fase de transição, passa por situações de estresse, de insegurança, sentindo-se desconfortável pelas modificações em seu corpo, além de se sentir incompreendido e rejeitado pelos pais. Tudo isso, associado ao fato de querer enturmar-se e ser bem aceito, pode levar o adolescente a seguir modelos de dentro do grupo, o que, sem dúvida, será importante para a formação de sua identidade. Em pesquisa realizada no Hospital do Coração (Ismael e Quayle, 2005)², observou-se que 65% dos fumantes iniciaram o hábito de fumar na

² Ismael SMC, Quayle JM de BR. A intervenção psicológica no tratamento do tabagista. [apresentado no V Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar ; 2005 : São Paulo – SP]

adolescência, para fazer parte do grupo e sentirem-se aceitos. Gorgulho (1996) relata estatística similar. Outro dado igualmente significativo foi que 70% deles tinham pai ou mãe fumantes dentro de casa, reforçando a idéia de que o modelo constitui um fator de importância na determinação do hábito de fumar. Leite et al. (1999) observou, também, que havia um aumento no consumo de cigarros em situações de nervosismo, frustração, tensão e aborrecimento. A constatação aplicou-se igualmente para o indivíduo adulto tanto quanto para o jovem.

É importante a ação do médico que lida com a população mais jovem em seu consultório. Ele deverá saber entender como esse vício se inicia e saber como lidar com a situação (Manley et al., 1992; Brasil, 1997). Certamente, a melhor forma de iniciar a abordagem não será através de crítica, nem mesmo desaprovação verbal da atitude do jovem fumante. A compreensão, a motivação e a sensibilização para a questão dos malefícios que o cigarro causa é que proporcionarão a mais adequada maneira de abordar tal problema (Lewis, 1997).

O dependente, de forma geral, sente-se incapaz de desenvolver atividades diárias sem o uso da droga. Há um viés negativo no conteúdo de seus pensamentos: se algo falha, ele automaticamente pensa que isso se deve à sua falta de controle. Conseqüentemente, ele se sente culpado, fracassado. A partir de então, utiliza a droga.

Ele tende a atribuir significados subjetivos a certas palavras e/ou situações, distorcendo sua significação real e objetiva. Apresenta baixa tolerância à frustração, e muita ansiedade.

2. 3 Conseqüências do fumo sobre a saúde

Nos EUA, o tabagismo é a principal causa isolada de óbito, devido ao câncer. Os fumantes exibem índice de mortalidade por câncer duas vezes maior do que os não fumantes. Pesquisas confirmam esta conclusão e fornecem evidências adicionais, implicando o tabagismo em causas de câncer de cavidade oral (92%), laringe (82%), esôfago (75%), bexiga (45%), rim (30%), estômago (20%), pulmão (90%), e colo uterino (30%). Além disso, o cigarro é responsável por 75% dos casos de enfisema pulmonar e 25% dos infartos agudos do miocárdio (Ismael, 2001). O fumante passivo, por sua vez, tem 200% de chance de contrair câncer de pulmão. Além disso, existe o risco de 800% de acidente vascular periférico. As mulheres que começam a fumar antes dos 17 anos podem ter menopausa precoce, assim como nos homens há predisposição à impotência masculina (Araújo et al., 2006).

É causa importante de doença aterosclerótica e um dos três principais fatores de risco para doença arterial coronária (DAC), junto à hipertensão arterial e os distúrbios de colesterol. A relação entre tabagismo e doença cardiovascular é bem estabelecida. A diminuição do tabagismo tem estado nitidamente associada à diminuição da morbi-mortalidade pela doença cardiovascular. Esta última tornou-se a principal causa de males e incapacitação no século XX. Em 1987, quase um milhão de pessoas morreram nos EUA devido a Acidente Vascular Cerebral (46% de todos os óbitos) sendo que duzentas mil foram causadas pelo uso do tabaco. Outro

dato alarmante é que, naquele país, a cada ano são registradas trinta e sete mil mortes por insuficiência coronariana relativas ao tabagismo passivo (Becker, 1997).

O cigarro contém uma mistura de 4720 substâncias tóxicas, sendo algumas gasosas, como o monóxido de carbono, o alcatrão e a nicotina. O alcatrão possui elementos radioativos tais como urânio, polônio-210 e carbono-14, concentrando ainda 43 substâncias comprovadamente cancerígenas. Contém, ainda, como metabólitos: tiocinato, cotidina, cádmio, cobre, ferro, níquel, chumbo, benzopirina, arsênico, benzina, e amônia entre outros (Carvalho, 2000; Rosemberg, 2003).

O monóxido de carbono, quando inalado pelos pulmões, vai para o sangue, diminuindo sua capacidade de transportar oxigênio. As células não respiram adequadamente, o que prejudica o fôlego do fumante, além do risco de virem a se desenvolver doenças cardiovasculares e respiratórias. A nicotina diminui a capacidade de circulação do sangue, aumenta o depósito de gorduras nas artérias e vasos, sobrecarregando o coração, podendo, conseqüentemente, levar ao infarto do miocárdio. Ocorre um aumento da freqüência cardíaca e da pressão arterial, além da possibilidade do desencadeamento de arritmias.

Os efeitos causados pelo fumo à saúde em curto prazo são: irritação dos olhos, tosse e dor de cabeça, aumento de problemas alérgicos e cardiovasculares. A médio e longo prazo: diminuição de capacidade respiratória, infecção respiratória, aumento do risco da aterosclerose, câncer e infarto do miocárdio. Ao fumo associam-se 25% de doenças coronarianas,

85% de doenças pulmonares obstrutivas crônicas, 80% de doenças cerebrovasculares, além de mais de cinquenta doenças associadas. O tabagismo é responsável por aproximadamente 45% dos óbitos por doença coronariana nos homens com menos de 65 anos de idade e por 25% naqueles com mais de 65 anos. Na mulher, a alteração dos níveis séricos de hormônio luteinizante, vasopressina, hormônio diurético, prolactina e aumento dos níveis de catecolaminas, androgênios adrenais e cortisol, pode ser responsável pela ocorrência de problemas cardiológicos e tromboembólicos. Quando a mulher fumante entra na menopausa, o risco de ocorrência de doença coronariana fica praticamente igual ao do sexo masculino.

São vários os fatores de risco para a doença coronariana: se considerarmos o tabagismo isoladamente, ele duplica a chance de surgimento de doença cardíaca; se ele for associado à alteração de colesterol ou à hipertensão, será quadruplicado; e o risco será oito vezes maior quando os três fatores manifestam-se conjuntamente (tabagismo, colesterol e hipertensão).

O tabagismo é responsável por 90% dos infartos em mulheres abaixo dos 50 anos de idade. O prognóstico da doença coronariana no sexo feminino é pior que o masculino, com maior morbi-mortalidade por infarto e complicações na cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Ismael, 2004).

Especificamente no caso da mulher, os dados demonstram que, tendo iniciado o vício do cigarro antes dos 17 anos de idade, poderá ter sua menopausa antecipada para a faixa dos 40 anos. Além disso, o cigarro,

associado ao uso do anticoncepcional, proporciona oito vezes mais risco de infarto agudo do miocárdio, embolia pulmonar e tromboflebite. Fonseca et al. (1999), em um estudo com mulheres fumantes e não fumantes, observaram menopausa antecipada em três anos, maiores níveis plasmáticos de colesterol total, LDL-colesterol e triglicérides, o que ratifica o grande risco para doenças do coração. Vander Straten et al. (2001) citam ainda doença vascular periférica aterosclerótica, além de mudanças na pele, cabelo e outras.

As mulheres fumantes têm maior probabilidade de vir a sofrer acidente vascular cerebral, comparativamente aos homens (Araújo et al. 2006; Ismael, 2004) e demonstram que, apesar de procurar tratamento com maior frequência do que o sexo oposto tem uma dificuldade maior para parar de fumar. Elas são mais vulneráveis à depressão e mais sensíveis, se não houver suporte social. Tais condições podem levar a uma recaída ou à manutenção do uso do cigarro. Outra preocupação importante é o medo do ganho de peso após a cessação do uso do cigarro. Provavelmente isso acontece porque há uma diminuição do metabolismo, com menor perda calórica.

2.4 A Terapia Cognitiva

A constatação de que a dependência psicológica também precisa ser abordada, para se obter resultados duradouros no tratamento ao tabagista,

levou à proposição de programas que contemplassem as questões emocionais. Dentre elas, salienta-se a terapia cognitivo-comportamental.

A Terapia Cognitiva (TC) começou a ser desenvolvida por Aaron Beck, no início da década de 60 do século XX. Rangé (2001) esclarece que foram várias as abordagens que influenciaram o embasamento teórico da TC:

- contribuição fenomenológica, ou seja, o comportamento é determinado pelo modo como o indivíduo vê o mundo e a si próprio por (Adler, 1936 e Horney, 1950);
- a abordagem cognitiva de Ellis (1962) apontava crenças irracionais como a fonte de conseqüências emocionais e comportamentais perturbadas;
- os estudos de modelação e auto-eficácia de Bandura (1986);
- Mahoney (1974) com as pesquisas sobre o controle cognitivo;
- Meichenbaum (1973) com o treinamento auto-instrucional;
- Dattilio e Padesky (1995) realizaram estudos sobre a depressão, e verificaram que a utilização da TC gerava um índice de sucesso maior no tratamento de depressão com menor índice de recaída comparado ao uso da medicação antidepressiva (o que parece se repetir no presente trabalho, ou seja, os pacientes tratados com medicação e TC têm menor índice de recaída);
- outros estudos revisados por Beck (1997) demonstraram a eficácia da TC no tratamento de diferentes tipos de transtornos em diversas áreas: ansiedade, alimentação, abuso de substâncias e depressão em pacientes internados.

As bases teóricas da TC propõem que os transtornos psicológicos decorrem de uma forma distorcida ou disfuncional de perceber os acontecimentos influenciando o afeto e o comportamento. O pensamento modularia e manteria as emoções disfuncionais independentemente de sua origem.

A TC identifica três tipos de pensamentos:

- pensamento automático presente nos transtornos psicológicos apresenta distorções cognitivas;
- crença intermediária: ocorre sob a forma de suposições ou regras. Reflete idéias mais profundas, e é mais resistente às mudanças;
- crença central: é o nível mais profundo da estrutura cognitiva. É composta por idéias absolutistas, rígidas e gerais que o indivíduo tem de si próprio, sobre os outros e sobre o mundo. Tais crenças são também conhecidas como esquemas, que orientarão o indivíduo quando tiver que lidar com uma determinada situação.

As cognições disfuncionais afetam as emoções e comportamento e são afetadas por ela. Se o indivíduo passar por um evento estressante, ele ativará cognições disfuncionais, que irão gerar mais ansiedade e estresse.

Em relação aos pacientes fumantes, o que se observa é que eles são, em geral, pessoas muito ansiosas. Quando eles experimentam uma sensação de ansiedade maior com possibilidade de perigo, eles subestimam os recursos pessoais para lidar com as situações. Portanto, fumar acaba sendo uma alternativa, já que a nicotina diminui a ansiedade, e gera uma sensação de tranquilidade na situação vivenciada. Ela consegue fazer com que o

fumante passe a ter melhor atuação ou adie uma situação eventualmente problemática. O fumar faz com que o indivíduo sinta uma diminuição do perigo relacionado ao problema a ser enfrentado. O fumar começa, igualmente, a ser associado a várias situações pelas quais o indivíduo passa: se ele está nervoso, fuma; se está tenso, fuma; se está triste, fuma; se está depressivo, fuma; se tem que pensar em uma solução, e assim por diante. Para cada uma das situações mencionadas, a resposta será o fumo. Também em todas elas parece que o fumar faz com que haja uma minimização dos problemas. Diminuindo o nível de ansiedade, o fumo deixa a pessoa tranqüila, até que o efeito do cigarro passe e ele tenha que acender outro, dando continuidade ao processo.

A TC procura então produzir mudanças no pensamento e no sistema de crenças do paciente, para promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras.

Nos grupos realizados com os fumantes utilizam-se alguns princípios que caracterizam o processo clínico nesta abordagem de tratamento:

- há uma ênfase de aliança terapêutica, em que o terapeuta devendo ser respeitoso, cordial e compreensivo em relação ao problema do participante;
- desenvolve-se o estilo colaborativo, ou seja, participante e terapeuta trabalham juntos, devendo participar ativamente do processo;
- apesar de as sessões no tratamento do fumante serem estruturadas, a sessão poderá tomar o rumo que o grupo necessitar, caso isto seja fundamental para trabalhar questões importantes no processo;

- em relação à questão sobre o participante poder ser seu próprio terapeuta, isto fica claro à medida que é realizado um processo de conscientização e conhecimento do mesmo em relação à sua dependência. Ele é orientado quanto à natureza de seu problema, à relação entre seus pensamentos, comportamentos e sentimentos. Assim, mediante situações parecidas a outras que ele já conheça e dispondo de alternativas que não seja fumar, ele pode resolver sozinho, sem o terapeuta. Outra forma de ajudar o participante seria levá-lo a estabelecer quais seriam as situações de risco para fumar, fazendo-o buscar alternativas para lidar com tais situações. O Método Socrático é utilizado para conduzir o participante a pensar em soluções para suas questões e para que ele possa avaliar sozinho as crenças disfuncionais;
- o processo terapêutico evolui de acordo com etapas que focalizam inicialmente a conceituação e adesão ao tratamento. Depois, a terapia enfatiza a modificação dos pensamentos automáticos, as emoções e os comportamentos que mantêm o comportamento de fumar. À medida que os sintomas são aliviados, o tratamento focalizará a modificação de regras e esquemas estabelecidos. Em último lugar, trabalha-se nas estratégias de prevenção de recaídas.

Algumas técnicas cognitivas e comportamentais são utilizadas para ajudar o participante a lidar com sua adicção:

- identificação de pensamentos disfuncionais, que trazem sentimentos ruins;
- auto-observação dos comportamentos relacionados ao hábito de fumar;

- orientação para que ele identifique o pensamento relacionado às suas crenças;
- identificação e aprendizado de padrões de pensamentos funcionais;
- distanciamento, que implica em reavaliar suas crenças;
- reatribuição, que significa treinar o paciente para mudar a forma como ele atribui significado do fumar a determinadas situações;
- descatastrofização, que é ensinar ao participante como lidar em determinadas situações, mostrando que a ansiedade, naquele momento, dura muito pouco;
- técnicas de relaxamento, nas quais são mais utilizados o exercício de respiração profunda e o relaxamento muscular progressivo, para o participante aprender a lidar com a ansiedade e estresse;
- adiamento, quando o participante deverá procurar postergar a cada momento antes de acender o cigarro, como forma de autocontrole;
- treino de assertividade, para que ele possa enfrentar situações onde é tentado a fumar. Ou mesmo procurar dizer, da forma mais adequada, algo que o incomode, como forma de não aumentar sua ansiedade e estresse;
- quebra de condicionamento, que significa sair do local ao qual o participante associou o cigarro;
- auto-instrução, situação em que o participante é orientado a argumentar consigo mesmo sobre a situação que o induz a fumar;

- solução de problemas, para que o participante seja ensinado sobre formas adequadas de resolver uma situação problemática (onde antes a resposta seria fumar). Portanto, ele é treinado a buscar tais respostas;
- exposição e prevenção de respostas - por exemplo, o fumante é treinado em várias situações que poderiam levá-lo a fumar. Ele deverá encontrar a resposta alternativa para não fazê-lo. Para desenvolver esta técnica usam-se situações reais trazidas pelos próprios fumantes e solicita-se que eles busquem a solução para as mesmas.

Vale ressaltar que tais técnicas são utilizadas para ajudar no trabalho cognitivo dos participantes. Elas não são uma solução mágica e o paciente não é um *robô*, que funcione com alguns poucos treinos. O principal ponto é verificar como o paciente se sente quando tenta utilizar as técnicas, do ponto de vista emocional e de sentimentos. Para que as técnicas funcionem, ele tem que ser incentivado a usá-las e saber que tipo de sentimento surge no momento, e como lidar com ele.

2.5 O Processo de mudança do Comportamento

A Psicologia da Saúde fala, há muitos anos, em promoção da saúde e prevenção de doenças. Quando se fala em promoção da saúde, devemos lembrar que ela abrange vários aspectos visando, principalmente, ao investimento na saúde do indivíduo, evitando, assim, que a doença venha a ocorrer, ou pelo menos, adiando o surgimento da mesma. Pensando nisso, o Processo de Mudança de Comportamento

faz-se necessário, pois os hábitos saudáveis são determinados por uma série de fatores, tais como: percepção de sintomas, aspectos emocionais, sociais, culturais e cognitivos. Qualquer tratamento que vise à modificação do comportamento deve considerar a prontidão do indivíduo para mudança (Prochaska, DiClemente, Hover-Ross, 1992). O trabalho de Prochaska e colaboradores trouxe um modelo que permitiu avaliar o processo de mudança de comportamento de forma clara e objetiva. Este modelo foi criado para ser usado principalmente com drogaditos. Contudo, também tem sido utilizado igualmente no tratamento do fumante, que não deixa de ser um dependente químico. Parar de fumar é um processo dinâmico que se repete ao longo do tempo e tem diferentes estágios. Em cada um deles, o indivíduo lança mão de diferentes processos cognitivos e comportamentais (Prochaska, DiClemente, Hover-Ross, 1992).

Prochaska propôs cinco estágios diferentes neste processo:

- A pré-contemplação, caracterizada pela ausência de intenção de mudar o comportamento. O indivíduo não percebe, no caso, o ato de fumar como um problema.
- A contemplação implica alguma consciência do problema. Ele é percebido, existe a intenção de mudar, mas não existe noção de quando, não há um compromisso em relação a isto.
- A preparação é o estágio prévio à ação. Existe uma clara intenção de mudar, o indivíduo já tem algumas iniciativas em relação à mudança, mas a ação ainda não está efetivada.

- Ação já é uma mudança de comportamento para tentar resolver o problema. O indivíduo despende tempo, procura tratamentos, e promove mudanças que devem ser duráveis.
- Manutenção é o estágio no qual tais mudanças devem ser consolidadas, abrangendo tudo o que foi conquistado no estágio da ação.

O problema é que estes estágios não ocorrem de forma linear no processo de mudança, mas sim em forma de espiral, ou seja, o indivíduo pode estar em um estágio mais adiantado, em algum momento por qualquer motivo, regredir a um estágio anterior e depois conseguir evoluir de novo. Quando ele volta a um estágio inicial, de pré-contemplação, pode ter uma recaída, voltando ao padrão anterior de fumante. Ele pode iniciar novamente todo o processo, e conseguir ficar abstinente mais uma vez.

Segundo Miller e Rollnick (2001), o que parecia realmente ter a ver com a motivação para a mudança era a aderência ao tratamento proposto. Portanto, se a chave para a motivação é a adoção ou aderência a um programa de mudança, a motivação pode ser vista como uma probabilidade de ocorrerem certos comportamentos. Sendo assim, a motivação não depende de um traço inerente ao indivíduo, e sim do contexto em que ele se encontra. Estes autores falam de algumas estratégias gerais para motivação que devem ser utilizadas pelo terapeuta: oferecer orientação, remover barreiras, proporcionar escolhas, diminuir o aspecto indesejável do comportamento, praticar empatia, dar *feedback*, esclarecer objetivos e ajudar ativamente o

indivíduo. Sabe-se o quanto uma pequena informação dada a respeito do cigarro em uma consulta pode ajudar o indivíduo a ponderar sobre decidir parar de fumar. As barreiras existem na forma de a pessoa impedir-se em procurar ajuda. Analisando as barreiras e ponderando junto com ela, o terapeuta poderá ajudá-la a seguir avante para a resolução do problema. Por exemplo, uma pessoa que diz ter dificuldade em ausentar-se de seu posto na empresa onde trabalha para se tratar, pode se beneficiar se a empresa passar a dispor de um programa interno de tratamento. Ajudá-la a fazer escolhas não é menos importante, da mesma maneira como aumentar as probabilidades de respostas para que ela possa escolher a que melhor lhe convenha.

Diminuir o aspecto desejável do comportamento: é comum o fumante dizer que, fumando, ele consegue relaxar. Ora, realmente ele relaxa por 20 ou 30 minutos. Passado o efeito da nicotina, porém, ele precisará acender outro cigarro. Discute-se com ele se esta é a melhor forma de lidar com a ansiedade ou se ele pode pensar em outras coisas que solucionem e não adiem o problema. A empatia, neste caso, traduz-se por uma compreensão daquilo que o fumante vivencia e sente através da escuta reflexiva. O *feedback* é necessário a cada encontro, pois é através dele que reforçamos as condutas positivas do indivíduo em busca da mudança de comportamento. Em relação aos objetivos, a partir do momento que se estabelecem metas alcançáveis e se dá *feedback*, a mudança torna-se mais possível e mais duradoura. Ajudar ativamente o indivíduo é fundamental, uma vez que isto significa um

interesse real por parte do terapeuta. Isto pode garantir que o indivíduo busque ajuda e não desista do tratamento proposto.

Na verdade, é fundamental que o terapeuta conheça bem o problema que estará enfrentando e transmita muita segurança ao indivíduo. Em nossas constatações, chegamos a observar que os itens acima descritos são fundamentais para aderência ao tratamento proposto.

2. 6 Efetividade: evidências de pesquisa

Existem alguns estudos que merecem ser relatados para análise.

Hall et al. (1994, 2002) discutiram a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental para o aumento do sucesso do tratamento em pacientes fumantes com histórico de depressão maior. Neste estudo eles demonstraram que os pacientes com histórico anterior de depressão maior tiveram um período mais longo de abstinência se comparados aos fumantes que não sofriam este tipo de distúrbio. Esta técnica permite que o psicólogo trabalhe com o participante os seguintes tópicos: conscientização, auto-avaliação, contra-condicionamento, reforçamento, relações de ajuda e controle de estímulo. Apesar de a ocorrência de depressão ser um indicativo de baixo sucesso no tratamento do fumante, não se exclui a possibilidade de tratamento a estes pacientes. O que pode e deve ser feito é determinar um período mais prolongado de tratamento para que consigam obter sucesso com o tratamento.

Fiore et al. (1994) fizeram estudo no qual foi associado

aconselhamento ao uso de adesivo de nicotina e placebo. Os resultados demonstraram que o grupo de aconselhamento com uso de adesivo teve um sucesso de 59% ao final do estudo, e 37% em seis meses de abstinência. Não há relatos da porcentagem de sucesso após um ano de tratamento, para verificação da abstinência. Neste caso, o que os autores chamam de aconselhamento parece ser bem diferente da intervenção cognitivo-comportamental proposta no presente trabalho.

O estudo de Stapleton et al. (1995) demonstrou que foi utilizado o adesivo de nicotina em mil e duzentos indivíduos, com equivalência a dezesseis horas de nicotina, por um período de dezoito semanas. Os pacientes foram avaliados em até cinqüenta e duas semanas. Os resultados demonstraram que a taxa de sucesso em um ano de abstinência foi de 9%, com adesivo e 4,8% com placebo. Outra descoberta foi que a interrupção abrupta foi mais eficaz que a gradual na manutenção da abstinência. Entretanto, nem sempre a interrupção abrupta é mais eficaz. Isto depende muito do grau de dependência que o paciente tem em relação à nicotina, do ponto de vista físico e psicológico.

Outro trabalho realizado por Labbadia e Ismael et al. (1995 b), demonstrou que, de cem pacientes estudados, (50 homens e 50 mulheres), com idades variando de 22 a 65 anos de idade, resultou em 87% de pacientes abstinentes ao final do tratamento. No final de 52 semanas, 42% dos participantes tornaram-se abstinentes. No referido trabalho, além de utilizar o questionário Fagerström para determinar dependência de nicotina e a prontidão do paciente para mudança, foi utilizado adesivo de nicotina

transdérmica para reposição de nicotina, além de terapia cognitivo-comportamental. Este foi um trabalho que abordou o paciente de forma multidisciplinar e que, frente à literatura da época e atual, mostrou um índice de sucesso acima da média, que se verifica nas observações aqui relatadas. Aqui, pode-se novamente dizer que a terapia cognitivo-comportamental pode ter sido o diferencial que levou este grupo a um sucesso maior do tempo de abstinência em 52 semanas.

O estudo de Herrera et al. (1995), realizado com 322 fumantes utilizou somente a goma de nicotina, sendo que o dependente pesado através do Fagerström recebeu 4 mg de nicotina, contra 2 mg recebidos pelo dependente leve. Houve registro de um grupo-controle. No grupo de fumantes mais dependentes, a taxa de sucesso foi de 60% em seis semanas, 39% em um ano e 34% em dois anos. No grupo de média dependência ou leve (que usou goma de 2 mg de nicotina), o sucesso foi de 70%, 49% e 39%, respectivamente. No grupo placebo, 38%, 22% e 17%, respectivamente. É importante ressaltar que os pacientes receberam suporte de modificação de comportamento durante 6 semanas, duas vezes por semana, utilizando auto-observação, técnicas de autocontrole e reestruturação cognitiva.

Este foi um dos poucos trabalhos em que foi citada uma referência à inclusão de Terapia cognitivo-comportamental no tratamento. O mais interessante, contudo, foi observar na discussão de resultados do trabalho feita pelo autor, que em momento algum avaliou se o suporte de modificação do comportamento foi eficaz e significativo para os resultados. Seu

comentário chega à conclusão da importância de se dar uma dose de adesivo de nicotina maior ao paciente mais dependente, creditando a este aspecto a responsabilidade do sucesso do tratamento.

Kornitzer et al. (1995) fizeram um estudo com 374 sujeitos, associando o adesivo de nicotina com a goma de mascar de nicotina. Organizaram três grupos comparativos, utilizando adesivo de nicotina e goma de nicotina no primeiro, adesivo/placebo e goma de nicotina no segundo e adesivo de nicotina e goma/placebo no terceiro grupo. O resultado foi melhor no primeiro grupo, que associou adesivo e goma de mascar de nicotina. Nele, a taxa de sucesso foi de 34% em 12 semanas e 18% em 52 semanas. Aqui, observa-se novamente apenas a utilização da reposição de nicotina em forma de adesivo e goma, o que traz um resultado muito baixo ao final de um ano de tratamento. Neste caso, a intervenção cognitivo-comportamental não foi utilizada.

Sonserskov et al. (1997) realizaram um estudo em que 500 participantes fumantes utilizavam como única terapêutica o adesivo de nicotina por 24 horas. Durante três meses os pacientes utilizaram a dosagem de nicotina conforme a quantidade de cigarros fumados: 20 cigarros, 21 mg por 4 semanas, 14 mg por 4 semanas e 7 mg por 4 semanas; abaixo de 20 cigarros, 14 mg por 8 semanas e 7 mg por 4 semanas. Os resultados em relação à abstinência foram coletados através de entrevista e telefonemas. Foi utilizado, como controle, um grupo- placebo. Houve um aumento significativo na taxa de cessação depois de oito semanas nos fumantes que utilizaram 21 mg. A adesão foi baixa em toda

amostra. No caso dos fumantes bem sucedidos, contudo, a adesão foi boa. Pelos resultados demonstrados, fumantes que receberam 21 mg se beneficiaram com o tratamento: 44% pararam em 4 semanas, e, no grupo- placebo, 37% pararam no mesmo período de tempo. Esta pequena diferença com o grupo-placebo pode ter ocorrido pelo custo do adesivo de nicotina, visto como um fator motivacional para o paciente parar de fumar. Após o final do tratamento, a taxa de sucesso caiu para 17% no grupo de adesivo e 11 % no de placebo.

Hurt et al. (1997) fez um estudo sobre bupropiona e placebo, com 615 participantes por 7 semanas, e utilizaram aconselhamento semelhante ao que se denomina 'abordagem mínima'. Eles utilizaram dosagens diferentes de bupropiona, chegando à conclusão de que a dosagem de 300 mg/dia é a melhor terapêutica. No grupo de 300 mg, o índice de abstinência foi de 44% e, em outras dosagens de medicação, a abstinência foi menor. A taxa de abstinência em 1 ano foi de 23,1%. Isto demonstra, mais uma vez, que só a utilização de medicação não foi suficiente para manter uma boa abstinência pelo período de 1 ano, mesmo com a utilização de o aconselhamento. Nesta amostra não houve diferenças estatísticas para o score de depressão pelo BDI.

Becoña e Vasquez (1998) discutiram ainda a ineficácia de tratamentos isolados. Por exemplo, só com um acompanhamento breve, realizado pelo médico fazendo uso de medicação, sem qualquer tipo de acompanhamento a longo prazo. Sabe-se, por experiência havida com vários grupos de fumantes já atendidos no Hospital do Coração, que muitos

deles chegavam ao nosso posto de atendimento pontuando que a medicação não funcionava adequadamente. Após uma análise mais cuidadosa da situação, chegou-se à conclusão de que o médico se limitava a receitar a medicação e dispensava o fumante sem nenhum tipo de acompanhamento. Isto colocava a medicação em descrédito e dificultava a abordagem ao mesmo. Outro aspecto que vale chamar a atenção é que nem sempre os médicos orientavam o indivíduo sobre o uso adequado da medicação.

Becoña e Vasquez (2000), em artigo sobre mulheres e tabagismo, apontavam como fatores importantes para recaída o lidar inadequadamente com emoções negativas, como o ganho de peso e a obtenção de apoio social. Sendo assim, eles discutiram um ponto importante no tratamento: é o gênero que deve ser levado em conta. Disso se depreende que talvez a melhor forma de tratamento para participantes do sexo feminino seja realizar um grupo específico de mulheres.

Jamerson et al. (2001) fizeram um estudo com bupropiona e adesivo de nicotina, demonstrando que os participantes que não conseguiam parar de fumar em três semanas eram levados a fazer uma associação da medicação com adesivo de nicotina. Nesses casos, foi observado um aumento no sucesso do tratamento, que variou de 19% em nove semanas, 11% em seis meses e 10% em dez meses. A conclusão a que chegaram é que a associação com o adesivo de nicotina pode ter sido um diferencial. Mesmo assim, tal índice de sucesso é muito baixo em relação ao obtido no presente trabalho.

Hays et al. (2001) fizeram um estudo com 784 participantes, em que foi constatado o seguinte: além da dose de bupropiona de 300 mg por 7 semanas, para aqueles dentre eles que pararam de fumar, houve um aporte da mesma substância por mais 45 semanas (inteirando um ano). Neste grupo, a taxa de sucesso em um ano foi 55,1%, tendo havido uma relação direta de perda ou manutenção de peso nos mesmos. Ora, com esta dose de medicação o resultado seria esperado talvez até em maior escala do que a porcentagem acima descrita. Há o inconveniente de se tomar remédio por tempo prolongado, além do custo da medicação.

Haggstram et al. (2001) realizaram um trabalho de tratamento para fumantes utilizando bupropiona e reposição de nicotina. Foi um ensaio clínico aberto, não randomizado, em 169 fumantes, com consumo cerca de vinte 20 cigarros por dia, durante 30 anos. O índice de sucesso foi de 49% de abstinência, contra 37% de recaída ao término do tratamento. Eles utilizaram desde TCC exclusivamente para fumantes leves, como bupropiona com reposição de nicotina e TCC para fumantes mais pesados. No grupo das três terapêuticas, o sucesso foi maior que nas outras combinações de tratamento. Devido à diversidade de tratamentos, ficou difícil realizar comparação entre grupos. Neste estudo, foi interessante constatar que os autores referem a importância de particularizar o tratamento para os fumantes, semelhante à pesquisa deste trabalho.

Dale et al. (2001) estudaram a bupropiona para cuidar de fumantes para tentar traçar indicadores de sucesso. Eles estudaram 615 fumantes, conseguindo determinar indicadores de sucesso: idade avançada, baixo

número de cigarros fumados por dia, Fagerström baixo, residir com não fumantes, número de tentativas anteriores para parar de fumar. Alguns destes indicadores corroboram descobertas feitas pela presente pesquisa, outros não, como, por exemplo, na presente pesquisa, o baixo índice do Fagerström ser indicador de fracasso e não de sucesso.

Brummet et al. (2002), em um estudo sobre preditores para cessação do fumo, chegaram a algumas conclusões, tais como: os mecanismos psicológicos podem ser responsáveis pela cessação do fumo e existe a necessidade de se identificar pacientes que precisam de uma intervenção específica. Observamos em nossa prática que emoções negativas podem estar associadas ao fracasso na manutenção da abstinência. Na presente pesquisa, foram traçados alguns indicadores de fracasso em manter a abstinência.

Covey et al. (2002), em estudo realizado com intervenção psicológica e medicação (cloridrato de sertralina, antidepressivo que, no caso do tabagista, é utilizado para controle de ansiedade), demonstraram que a medicação não fez grande diferença quando comparados o grupo-placebo e medicação. Notaram, contudo, que o grupo-placebo teve uma taxa de abstinência tão alta quanto o grupo experimental. A constatação pode sugerir que a intervenção psicológica tenha sido o diferencial. Além disso, a sertralina não parece ser a droga mais indicada para se tratar o fumante.

Hall et al. (2002), em trabalho que comparou uso de medicação (bupropiona) e placebo com e sem intervenção psicológica, chegaram à conclusão de que a medicação é eficaz, assim como a intervenção

psicológica e que esta, por si só, é mais eficaz que o uso exclusivo da medicação. Também relataram que, se associada à medicação, com a intervenção psicológica, não é uma garantia de aumento no sucesso do tratamento. Neste último ponto levantado, especificamente, o presente trabalho pretende demonstrar que a intervenção psicológica pode ser vista como um aspecto consistente para melhorar o sucesso do tratamento. Não se pode esquecer que a dependência psicológica deve ser levada em conta de forma tão séria quanto a dependência física, uma vez que a nicotina causa dependência psicoativa. Segundo o relato dos participantes, é necessário considerar, também, o fato de que, é bastante difícil para eles lidarem com o aspecto emocional na cessação do hábito de fumar.

Comuz et al. (2002) dirigiram um trabalho no qual treinaram médicos para utilizar teoria comportamental para sensibilizar participantes que quisessem parar de fumar em paralelo a um grupo-controle que não tinha sensibilização para parar de fumar como foco. Eles observaram que, no grupo de intervenção, o sucesso de abstinência acima de um ano de tratamento foi maior que o do grupo-controle (13% e 5%, respectivamente). Depreende-se, assim, o significado do que eles entenderam como utilização da teoria comportamental: abordar o paciente para parar de fumar, verificar se ele tem mesmo a intenção de fazê-lo, aconselhar sobre a parada, discutir benefícios, discutir barreiras, aconselhar sobre prevenção de recaídas. Ora, vale a pena ressaltar que se deve fazer uma distinção em se fazer uso de abordagem mínima para parar de fumar e a terapia cognitivo-comportamental com estes participantes, do ponto de vista terapêutico.

Realizar uma abordagem psicoterapêutica com tais participantes faz, realmente, diferença. Nota-se ainda que a porcentagem de sucesso acima de um ano de abstinência não demonstrou ser um número expressivo.

Rondina et al. (2003) elaboraram um artigo de revisão não sistemática da literatura entre tabagismo e doenças mentais. Buscou-se a associação entre tabagismo e depressão maior, esquizofrenia e transtornos de ansiedade. Um dos destaques deste artigo é a relação, segundo os autores, não comprovada, entre tabagismo e ansiedade, exceto por ansiedade generalizada no fumante que inicia o hábito tabágico na adolescência. Outros aspectos importantes foram a relação significativa entre depressão e tabagismo, e o estresse do fumante.

Presman et al. (2005) fizeram uma revisão sobre métodos não farmacológicos para parar de fumar: como aconselhamento médico. Isso nem sempre funciona, devido ao estilo do médico que deveria fazer a abordagem, que, neste caso, além de não ser padronizada, poderia vir a ser dificultada por uma eventual falta de tempo do profissional. Assim mesmo, a abordagem mínima gera um sucesso de 5% a 8%. Os materiais de auto-ajuda são positivos, desde que utilizados com objetivos específicos e juntamente com um acompanhamento mais sistemático dos indivíduos. O contato telefônico será benéfico no caso de ser o profissional quem procure o fumante, porém não existe controle deste tipo de abordagem. Já em relação à Terapia Comportamental, os autores referiam que a taxa de abstinência após seis meses varia de 15% a 25%. O acompanhamento pode ser efetuado em grupo ou individualmente e deve ser feito por profissional

treinado. Enfatizaram o uso de técnicas comportamentais tais como controle de estímulos, recebimento apoio social, dessensibilização sistemática, relaxamento e mensuração da taxa de monóxido de carbono do fumante. Estas técnicas foram utilizadas pelos pesquisadores e percebe-se, apesar de recomendado, que o apoio social nem sempre é bem-vindo. Os fumantes, por vezes, preferem que ninguém lhes pergunte sobre o processo de parada, referindo terem medo da cobrança quando conseguem parar e depois recaem. Os autores também chamavam a atenção para o tratamento de grupos especiais, como adolescentes gestantes e pacientes hospitalizados.

Focchi e Braun (2005) fizeram um levantamento sobre o uso dos tratamentos farmacológicos mais utilizados com fumantes. Os adesivos de nicotina mostraram resultados em torno de 15% a 18%, para um ano de seguimento. A bupropiona foi considerada uma droga de primeira linha, com sucesso maior quando associada ao adesivo de nicotina e TCC. A nortriptilina é considerada uma droga de segunda linha, mas opcional no caso de o fumante não conseguir utilizar a bupropiona. Eles ressaltavam que é importante determinar a medicação adequada a cada indivíduo, frente ao seu grau de dependência. A manutenção da abstinência, porém, permanece como um desafio a ser superado.

Issa (2006, no prelo), em um trabalho sobre a efetividade do cloridrato de bupropiona no tratamento de pacientes tabagistas com problemas cardiovasculares, observou que a utilização desta medicação por três meses, como preconizado pela posologia, promoveu um sucesso de 50% ao

final de doze semanas, e de 25% ao final de cinquenta e duas semanas. Parece que o motivo observado para ter havido recaída foi o fator idade e piora do quadro cardiológico. Ou seja, os mais idosos tiveram um sucesso maior que os mais jovens, e a piora do quadro de doença cardiológica pode ter sido responsável pela recaída, principalmente no final das cinquenta e duas semanas. Os testes realizados abrangendo ansiedade, tolerância à nicotina, assim como o de depressão de Beck, parecem não ter trazido dados que pudessem ser indicadores de fracasso destes pacientes.

Otero et al. (2006) fizeram um ensaio clínico randomizado, onde foi utilizado adesivo de nicotina juntamente com abordagem cognitivo-comportamental. Foram realizados grupos diversos, que passaram por diferentes experimentos, desde abordagem breve do fumante até grupos de participantes que receberam adesivo de nicotina e sessões de acompanhamento baseadas na abordagem cognitiva. As sessões variaram de uma a quatro, com intervalos de uma semana, para quem realizava mais de quatro sessões. Os resultados mostram que tanto a reposição de nicotina como a abordagem cognitiva promovem um resultado positivo no tratamento destes indivíduos. Os resultados da meta análise de alguns trabalhos demonstram que a abordagem cognitiva aumenta em 2,5 vezes a probabilidade de sucesso do tratamento quanto mais sessões terapêuticas forem realizadas com um tempo maior de duração. Tal dado corrobora resultados do presente trabalho, que pontua a TCC como instrumento que pode aumentar significativamente o sucesso do tratamento. Os resultados mostraram um sucesso de 20% em grupos que não usaram adesivos, contra

32% em grupos de adesivo. Outro dado interessante é que por ser um estudo de amostra de procura espontânea, a maior parte da população foi do sexo feminino.

Uma vez que, como dito anteriormente, o número de fumantes no mundo é superior a um bilhão e duzentos milhões de pessoas, muitas delas têm manifestado o desejo de parar de fumar. Entretanto, não o conseguem sem ajuda. O presente trabalho pretende demonstrar o quão poderosa pode ser a ajuda proporcionada pela intervenção psicológica no tratamento do fumante. Deve-se levar em conta, principalmente, a dependência psicológica. Após isso, será fundamental avaliar o quanto a psicologia pode ser eficaz a todos quantos queiram, efetivamente, parar de fumar.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

Inicialmente, pensou-se em um desenho de pesquisa que possibilitasse a comparação de resultados entre os indivíduos submetidos ao PAIF (Grupo Clínico) e aqueles que recebessem unicamente terapêutica medicamentosa (Grupo Comparativo), com o objetivo de verificar a existência ou não de diferenças significativas em relação à eficácia das duas abordagens, tal como referida pelos participantes. A hipótese do presente estudo, baseada na experiência da autora, é a de que os participantes do grupo clínico obteriam melhores resultados terapêuticos.

No entanto, tal desenho de pesquisa precisou ser abandonado, uma vez que a quase totalidade dos potenciais sujeitos do estudo desejava realizar o “tratamento completo”, não se satisfazendo com a abordagem exclusivamente medicamentosa. Tanto é verdade que apenas seis sujeitos se disponibilizaram para esta abordagem de tratamento, mesmo com a garantia de que, após a coleta de dados, eles teriam acesso à realização do tratamento completo, sem qualquer ônus. Em face da recusa, por questões éticas, não foi considerado adequado insistir na criação do grupo comparativo. O Programa de Abordagem Integral ao Fumante (PAIF) já vem sendo realizado na instituição onde a pesquisa se desenvolveu, há 14 anos, com resultado positivo. Isso também dificultou a aceitação dos sujeitos à intervenção exclusivamente medicamentosa. Outro fato observado referido pelos pacientes é que muitos eram avessos ao uso apenas da medicação, sem nenhum tipo de ajuda ou suporte do ponto de vista emocional.

Alegaram que, estando “sozinhos”, seria muito mais difícil parar de fumar. Essas questões foram discutidas à época da qualificação do projeto. Foi sugerida uma avaliação entre os sujeitos do programa, sem tomar em consideração os dados dos seis sujeitos que haviam concordado em participar do Grupo Comparativo.

O presente estudo caracteriza-se, portanto, como um estudo prospectivo, descritivo e não randomizado acerca da efetividade do PAIF.

3.1 Participantes

No período compreendido entre janeiro de 2005 e março de 2006, todos os indivíduos que procuraram o PAIF foram convidados a participar da pesquisa. Desses, 65 concordaram em fazê-lo. Os participantes foram analisados de acordo com o sexo, na faixa etária entre 18 e 60 anos de idade. Manifestaram a vontade de parar de fumar, submetendo-se ao programa de tratamento para tabagismo com intervenção psicológica cognitivo-comportamental. Foram convidados, inclusive, a participar do projeto de pesquisa e esclarecidos quanto a seus objetivos e método através de consentimento pós-informado (Anexo A).

O percentual de participantes abstinentes será comparado ao referido na literatura em diferentes abordagens terapêuticas. A avaliação comparativa será realizada também com base em um trabalho nacional, que só utiliza medicação como terapêutica (Issa, 2006 ,no prelo).

3.2 Critérios de Exclusão

Um dos critérios de exclusão determinantes seria reconhecer pacientes que apresentassem problemas psiquiátricos previamente diagnosticados, com exceção de depressão. Neste caso em particular, os mesmos teriam que ser tratados, ficando cientes de que tal aspecto poderia dificultar o andamento e a eficácia do tratamento. Nesta amostra específica, contudo, não houve quaisquer casos de pacientes com diagnóstico prévio de transtorno depressivo ou psiquiátrico, o que foi averiguado a partir do histórico do paciente no prontuário médico.

Também foi considerado critério de exclusão o não comparecimento à segunda sessão do programa sem apresentação de justificativa - situação em que o participante foi considerado desistente do tratamento tal como proposto (no caso, quatro participantes).

Outro critério de exclusão foi a não adaptação dos sujeitos à medicação, cloridrato de bupropiona, sendo necessário a troca do mesmo por outro medicamento ou por adesivo de nicotina.

3.3 Instrumentos:

Uma vez que já existia um protocolo assistencial utilizado havia pelo menos 14 anos (com algumas modificações ao longo deste período), optou-se por adaptá-lo ao protocolo de pesquisa, incluindo a aplicação de dois

instrumentos de medida, que viabilizassem comparação objetiva de algumas variáveis psicológicas específicas. Um deles foi o Inventário de Depressão de Beck, para verificar a intensidade de sintomas depressivos na última semana. Outro foi o Questionário de Saúde de Goldberg, que trouxe, sobretudo, dados sobre ansiedade, estresse e comportamentos auto-destrutivos. Sabe-se que sintomas depressivos, ansiedade e estresse são importantes na avaliação de tais pacientes em relação ao sucesso do tratamento. (Covey et al. 2002; Rondina et al. 2003; Rosemberg, 2003)

3.3.1 Instrumentos para coleta de dados

a) Questionário: roteiro de perguntas visando obter dados sócio-demográficos dos pacientes estudados, ou seja, como eles iniciaram o hábito de fumar, tempo de tabagismo e quantidade de cigarros fumados. Assim, torna-se possível traçar um perfil do fumante e identificar os “gatilhos” que o levavam à vontade de fumar (Anexo B).

b. Interconsulta médico-psicológica: todos os pacientes foram acompanhados por um médico para avaliar a necessidade e realizar a prescrição da medicação a ser utilizada. Como todos os pacientes optaram pela utilização da medicação, a partir desta consulta, foram incluídos no protocolo.

c. Inventário de Depressão de Beck (BDI): é instrumento auto-aplicável que ajuda no diagnóstico clínico, permitindo avaliar a intensidade de

depressão. O BDI apresenta itens cognitivo-afetivos, além de outros que subentendem queixas somáticas e de desempenho, que constituem subescalas. Esta distinção feita dos sintomas somáticos é importante na avaliação sobre ocorrência de níveis de depressão em pacientes clínicos, que podem ser parecidos com os de pacientes depressivos. (Gorenstein e Andrade, 1998; Cunha, 2001).

d. Questionário de Saúde de Goldberg (QSG): o objetivo principal deste questionário é verificar a saúde mental das pessoas. O objetivo de Goldberg foi desenvolver um questionário que identificasse distúrbios de saúde mental e seu grau de severidade. A pessoa identificada como não saudável é considerada diferente das demais. Este questionário não se propõe identificar distúrbios extremos, como a psicose. Os vários itens do estudo devem expressar índices comportamentais, enfatizando a severidade da ausência de saúde mental. As respostas devem se referir à maneira como o paciente se sente naquele exato momento, e não o que usualmente vem experienciando. Foi adaptado e validado para a população brasileira em 1996 por Pasquali, e publicado pela Casa do Psicólogo (Pasquali et al., 1996).

e. Questionário de Fagerström de Nicotino-Dependência: possui seis itens, com vários sub-itens, atribuindo-se a eles uma pontuação que vai de 0 a 10. Os dados que revelam alta dependência de nicotina são assim considerados nas situações seguintes: quando se fuma o primeiro cigarro cinco minutos após o despertar e quando o sono noturno é perturbado por sensações ruins, que desaparecerão se a pessoa fumar. Quanto

mais elevada a pontuação, mais alta a dependência. Portanto, mais intensivo deverá ser o tratamento, podendo ocorrer mais recaídas. Caso a dependência seja baixa, há maior chance de sucesso, ou seja, que haja cessação do uso do cigarro. Essas questões fazem parte do questionário realizado com o paciente no início do tratamento, e correspondem às perguntas de números 14 a 19, (Fagerström, 1989; Rosemberg, 2003), (Anexo B).

f. Processo de Mudança de Comportamento baseado nos estágios de Prochaska: é um modelo que permite avaliar em qual estágio de mudança está o paciente em questão. São levadas em consideração a pré-contemplação, contemplação, preparação e ação. No questionário de avaliação dos pacientes da pesquisa foi utilizada a forma reduzida, ou seja, a definição dos padrões de mudança, na tentativa de verificar em qual estágio estes pacientes se encontravam. No questionário de avaliação da pesquisa, a Motivação para mudança (ou seja, os estágios de mudança de Prochaska), estão descritos na questão número 12 (Anexo B).

g. Relatórios clínicos de evolução: são os registros sobre os pacientes, realizados após cada sessão, para seguimento adequado do participante e verificação de seu acompanhamento frente às orientações estabelecidas.

3.3.2 Técnicas de intervenção

A intervenção psicológica no PAIF é fundamentada nas propostas da Terapia Cognitivo-comportamental.

a) Terapia Cognitivo-comportamental (TCC): trata-se do modelo centrado em mudança de crenças e comportamento. É o eixo central do tratamento, enfatizando a participação ativa do paciente. Sua realização ocorre em um tempo limitado, as sessões são previamente planejadas e estruturadas, e devem abranger a abordagem efetiva do fumante. O programa é pré-definido, com duração de seis semanas (uma sessão semanal com duração de 1 hora e 15 minutos), com retorno trinta dias após o término da intervenção. O acompanhamento foi realizado em grupos de no mínimo cinco e no máximo dez participantes. A literatura demonstra que este tipo de abordagem tem se mostrado a mais eficaz para o tratamento de pacientes tabagistas (Presman et al., 2005, 2006).

b) Material de apoio psico-educativo: sempre que pensamos em atuar em modificação do estilo de vida das pessoas, além do processo de mudanças cognitivo-comportamentais, é preconizada a distribuição de material informativo que elas poderão consultar e tomar como guia a partir do que for trabalhado presencialmente no processo terapêutico. Sendo assim, no Programa de Assistência Integral ao Fumante (PAIF), foram distribuídas aos sujeitos, em sessões específicas, informações referentes a: benefícios ao parar de fumar (Anexo C) e técnicas de autocontrole para parar de fumar (Anexo D); formulário do processo de parada de fumar concomitantemente ao uso de medicação (Anexo E).

3.4 Procedimentos:

3.4.1 No recrutamento dos participantes:

Foram sujeitos da pesquisa aqueles que procuraram espontaneamente o “PAIF”, já existente no Hospital do Coração há 14 anos. Todos eles foram consultados sobre sua anuência em participar do projeto de pesquisa voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento pós-informado (Anexo A), ocasião em que foram informados do fato de que, mesmo em caso de desistir de participar da pesquisa, seu tratamento não seria prejudicado em momento algum.

3.4.2 Na coleta de dados e na intervenção psicológica:

Os sujeitos que procuravam o PAIF espontaneamente e se inscreveram no ambulatório para fazer parte do estudo, foram reunidos em grupos de cinco a dez participantes. Em seguida, foi marcada uma data para o início do tratamento. Este se estendia por um período de seis semanas consecutivas. Chegando ao ambulatório, os participantes eram cadastrados e recebiam um questionário que permitia verificar os dados sócio-demográficos, quanto tempo como fumantes, quantidade média de cigarros fumados diariamente, dependência física da nicotina (Teste de Fagerström), dependência psicológica (Motivos e Objetivos para Fumar) e condicionamentos ou comportamentos associados ao cigarro. A sétima

sessão (retorno) era sempre marcada trinta dias após a sexta sessão (Anexo F).

3.4.3 Esquema terapêutico:

Na primeira sessão, foi realizada uma breve conscientização dos problemas associados ao hábito de fumar. A proposta do programa foi explicada aos pacientes, dando-se, assim, início oficial ao tratamento.

Ainda nesta fase, os pacientes realizaram o BDI e o QSG. Tanto o BDI como o QSG foram reaplicados no *follow-up* trinta dias após a última sessão. Aqueles pacientes que não compareceram ao retorno de trinta dias foram contatados por telefone, para verificação de abstinência ou recaída auto-referida. No caso de abstinência, foi confirmado o tempo da mesma e, quando referida a recaída, o paciente era indagado sobre o motivo percebido para a retomada do hábito de fumar.

Entre a primeira e a segunda sessão do programa, os pacientes foram atendidos pelo médico para que fosse prescrita a medicação a ser utilizada durante o tratamento. Nesta pesquisa, utilizou-se o cloridrato de bupropiona de 150 mg, antidepressivo que atua nos receptores cerebrais de nicotina, diminuindo a ansiedade e o estresse por ela causado, conseqüentemente, a vontade de fumar. Atualmente, é a medicação mais utilizada para este tipo de tratamento. A partir da segunda sessão, os participantes compareciam com a medicação definida, bem como o esquema de parada (Anexo E). Na parada gradual, reduzia-se

paulatinamente a quantidade de cigarros em quinze dias, com a ajuda da medicação. Geralmente, a medicação antidepressiva leva pelo menos de dez a quinze dias para fazer seu efeito total; portanto, à medida que a medicação era introduzida o fumante ia diminuindo a quantidade de cigarros. Este esquema é diferente daquele preconizado pelo fabricante da medicação. Nas sessões subseqüentes do tratamento, foram abordadas as dificuldades inerentes ao processo de parada, propiciando suporte psicológico aos participantes a partir dos pressupostos da terapia cognitivo-comportamental.

Os dados das sessões foram anotados logo após o seu término, relatando seu conteúdo expresso pelos participantes, temas abordados, dinâmica observada no processo grupal, dificuldades e necessidades referidas. Os indicadores de avaliação propostos para o estudo também foram relatados.

Durante o processo terapêutico, os indicadores utilizados para verificar a efetividade do tratamento, além daqueles relatados no objetivo, foram: presença dos participantes nas sessões; seguimento (referido como adequado ou não) das orientações fornecidas durante as sessões de grupo; adesão referida às técnicas comportamentais de autocontrole e medicação sugerida e abstinência ao final do programa. Considera-se paciente abstinente aquele que não está fazendo uso do cigarro no momento. Optou-se por não utilizar o Monoxímetro³ para avaliar a abstinência do fumante, uma vez que se sabe que é suficiente um período de 24 horas, sem fumar, para que o resultado aferido pelo aparelho indique abstinência_ o que não

³ Monoxímetro aparelho para realizar a medição de monóxido de carbono no pulmão.

corresponde ao critério de abstinência utilizado em nosso estudo. Além disso, considerando a proposta geral do trabalho voltado para o controle e responsabilidade da própria saúde, considerou-se mais importante o participante responsabilizar-se pelo controle, mesmo sabendo do risco de se lidar com informações, que pudessem nem sempre, serem verídicas. O critério de avaliação na literatura descreve que só se pode considerar o indivíduo como “ex-fumante” aquele que fica pelo menos um ano sem fumar. Recaída seria considerar o indivíduo fumando pelo menos um cigarro, ou mesmo dando uma simples tragada por sete dias consecutivos. O “*slip*” ou escorregão ocorre quando o fumante traga o cigarro eventualmente, sem uma seqüência que sugira uma recaída.

Foi proposto, ainda, um retorno seis meses após a alta, através de convite para os pacientes ou, no caso de impossibilidade, por contato telefônico.

3.4.4 Tratamento dos dados:

A avaliação dos instrumentos padronizados foi realizada de acordo com as propostas do conteúdo das respostas ao questionário, foi categorizado para possibilitar a análise descritiva e comparativa dos dados. Posteriormente, à luz da hipótese de trabalho, foi testada a existência de associação estatística entre as variáveis. Foi categorizado o conteúdo da entrevista psicológica, descrição e eventual busca de associação entre variáveis, além de os dados terem sido avaliados quantitativamente,

utilizando-se os testes estatísticos pertinentes, realizados por estatística independente contratada pela instituição na qual se desenvolveu a pesquisa.

Primeiramente, foi feita uma *análise descritiva* dos três grupos nas variáveis do questionário (do BDI, do QSG e de seus domínios), frequência de presença na terapia e tempo de recaída. Os grupos foram comparados pelo teste exato de Fisher, ou teste de médias, de acordo com a natureza da variável (Vieira e Hoffman, 1989; Costa Neto, 2002).

O risco⁴ de recaída da abstinência do fumo é calculado pela *Análise de Sobrevivência pelo método de Kaplan-Meier*,⁵ sendo a influência do BDI e dos domínios QSG sobre o risco testada pela estatística *log-rank* (Colosimo e Giolo, 2006).

O *modelo de regressão de Cox*, estratificado por sexo, é utilizado para obter indicadores preditivos da variável-resposta de recaída da abstinência do fumo, cuja influência é quantificada pelo risco relativo. Dois modelos são ajustados:

Modelo 1 considerando inicialmente todas as variáveis do questionário (sócio-demográfica e psicológica) cujo valor-p na análise univariada apresenta valor menor que 0,200 (2.1 quanto tempo fuma, 2.1 quantos cigarros por dia, 2.2 sempre fumou esta quantidade de cigarros, 2.6 você mora com outros fumantes, 2.8 você convive com fumantes no ambiente de trabalho, 2.20 seu cigarro tem baixo, médio ou alto teor de

⁴ Risco=1 – sobrevida, que é a probabilidade de um indivíduo, com abstinência, ‘sobreviver’ (isto é, que não tenha recaída) em 12 meses.

⁵ Curva de sobrevida - reflete a distribuição de tempo de ocorrência de todos os eventos observados no período de segmento (doze meses).

nicotina, 2.24 já fez alguma tentativa para parar de fumar, freqüência à sessão de terapia, satisfação com apoio psicológico, 2.36a satisfeito em seu trabalho, 2.36e satisfeito com sua vida sexual, 2.34d reação fumar – zangado, 2.34e reação fumar – entusiasmado, 2.34i reação fumar - fisicamente mal, 2.34j reação fumar - dó de si mesmo, 3.M não fumar em lugar proibido, 3.I concentração e 2.35n fumo faz por mim : relaxamento).

Analisando a relação destas variáveis entre si e delas com a variável-resposta, obtemos alguns indicadores preditivos de recaída da abstinência (que explicam 22,6% da variabilidade dos dados) – ver Tabela 11 Modelo I. Note-se que estas são, na maioria, variáveis sócio-demográficas, (apesar de muitas delas refletirem comportamentos psicológicos), mostrando que a influência sócio-demográfica é importante na recaída dos fumantes.

Modelo II considerando apenas as variáveis de caráter mais psicológico do questionário, cujo valor-p na análise univariada apresenta valor menor que 0,200 (3.I concentração, 3.G relaxamento, 3.M não fumar em lugar proibido, 2.15 você tem dificuldades de ficar sem fumar em locais proibidos, 34d reação fumar – zangado, 2.34g reação fumar - irrequieto 2.34e reação fumar – entusiasmado, 2.34i reação fumar - fisicamente mal, 2.34j reação fumar - dó de si mesmo , 2.24 já fez alguma tentativa para parar de fumar, 2.36a satisfeito em seu trabalho, 2.36e satisfeito com sua vida sexual, 2.24 já fez alguma tentativa para parar de fumar). Analisando a relação destas variáveis entre si e delas com a variável-resposta, obtivemos alguns indicadores preditivos de recaída da

abstinência (que explicam 13,7% da variabilidade dos dados). Ver Tabela 12 Modelo II.

Em todas as comparações, foram consideradas como significantes as probabilidades associadas aos testes menores que 0,05, ou seja, como apresentando, no máximo, de 5% de chance de rejeitar a hipótese de igualdade de média, quando é verdadeira.

4 RESULTADOS

Inicialmente, será apresentada a caracterização sócio-demográfica dos participantes e a descrição das variáveis consideradas pela literatura como associadas ao comportamento tabagista.

Para melhor avaliar as variações de resultados associados à abstinência e à recaída, o grupo de estudo foi dividido em três subgrupos: participantes que terminaram o tratamento não abstinentes (Grupo 1); participantes abstinentes sem referência à recaída (Grupo 2); e participantes que recaíram após o tratamento ter sido finalizado (Grupo 3)⁶. Estas três categorias de participantes foram analisadas em relação ao sexo, idade, tempo de tabagismo, quantidade de cigarros fumados e motivação referida para parar de fumar.

A seguir, serão apresentados os dados obtidos no Fagerström, com o objetivo de caracterizar o grau de tolerância à nicotina. Em seguida, será descrita a abstinência de nicotina e o tempo de abstinência nos três grupos, assim como os motivos mais freqüentes para recaída. Os resultados de motivos e objetivos aparecerão nesta seqüência. A freqüência do paciente às sessões foi considerada indicador da adesão ao tratamento. Foi avaliada, também, a satisfação dos participantes em relação ao programa proposto.

Em seguida, são mencionados os resultados do QSG relativo à saúde geral dos participantes em relação ao estresse psíquico, comportamento

⁶ Neste estudo não aconteceu de os participantes pararem de fumar e retornarem ao hábito durante o período de intervenção.

auto-destrutivo, distúrbios psicossomáticos, desejo de morte e insônia, e os resultados do BDI, em que serão descritos os dados relativos à existência dos níveis de depressão⁷.

Por último, serão descritos os resultados da análise da Regressão de Cox, através da qual se propõem alguns fatores como indicadores de recaída para o tabagismo (Modelo I e II).

4.1 Descrição dos resultados

4.1.1 Caracterização sócio-demográfica:

Foram considerados 61 participantes para o estudo estatístico. Da amostra, 6,5% são do grupo 1, 57,4% do grupo 2 e 36,1% do grupo 3.

Desses, 44,3% são do sexo masculino e 55,7% do feminino;

Do grupo 1: 50% são do sexo masculino e 50% do feminino;

Do grupo 2: 57,1% são do sexo masculino e 42,9% do feminino;

Do grupo 3: 54,5% são do sexo masculino e 45,5% do feminino.

As idades variam de menor ou igual a 40 anos (37,7%), a maior que 40 anos (62,3%), sendo a média de idade geral 42,8 anos e $dp=11,13$.

Em relação à distribuição de participantes por sexo e idade, os grupos não apresentam diferenças estatisticamente significantes.

⁷ As tabelas complementares dos diferentes instrumentos estão disponíveis no Anexo G

Tabela 1 - Distribuição dos participantes considerando a efetividade do tratamento e de acordo com sexo e idade

Dados sócio-demográficos	População	Grupos			Valor p = 5%
		G1	G2	G3	
Número de pacientes	61 (100%)	4 (6,5%)	35 (57,4%)	22 (36,1)	
% de recaída em relação a abstinência		11,4% (4)	100% (35)	62,9% (22)	
Sexo					
Freqüência					1,000
Masculino	44,3% (27)	50% (2)	57,1% (20)	54,5% (12)	
Feminino	55,7% (34)	50% (2)	42,9% (15)	45,5% (10)	
Coef.de Cramer		0,038			
Idade					
Média (dp)	42,8 (11,13)	52,5 (13,18)	40,6 (8,88)	44,5 (13,14)	0,085
Menor ou igual que 40 anos	37,7% (23)	25% (1)	42,9% (15)	31,8% (7)	0,634
Maior que 40 anos	62,3% (38)	75% (3)	57,1% (20)	68,2% (15)	
Coef.de Cramer		0,128			

4.1.2 Caracterização em relação ao hábito de fumar

O tempo médio de tabagismo dos participantes é de 24,6 anos (dp=10,09). O tempo que cada paciente fuma é: até 10 anos, 9,8%; de 11 a 20 anos, 29,5%; de 21 a 30 anos, 36,1% e maior do que 30 anos, 24,6%.

Foi avaliada a porcentagem de tempo, em anos de vida, que os participantes fumam: observou-se que eles fumam em média 55,6% (dp=15,09) do tempo de vida, ou seja, eles fumam pelo menos metade de suas vidas. Este dado não apresenta diferenças estatisticamente significantes nos 3 grupos avaliados. Vale notar que, apesar da equivalência, o grupo 1 tem uma média maior do que os demais.

A média de cigarros fumados por dia é de 22,6 cigarros (dp=13,05). Até 10 cigarros, 16,4%; de 11 a 20 cigarros, 44,3%; 21 a 40 cigarros, 34,4% e mais do que 40 cigarros, 4,9%.

Desta amostra, observa-se, ainda, que 70,5% tinham pai fumante e 36,1% mãe fumante. 23% não tinham nem pai nem mãe fumantes.

Em relação ao tempo médio de tabagismo, quantidade de cigarros por dia, porcentagem da vida que fuma e antecedentes familiares (pai e/ou mãe fumantes), não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de estudo.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com tempo médio de tabagismo, tempo de tabagismo em anos, porcentagem da vida que fuma, quantidade de cigarros fumados por dia e antecedentes familiares tabagistas

Outros dados sócio-demográficos	População	Grupos			Valor p=5%
		G1	G2	G3	
Tempo de Tabagismo					
Média (dp)	24,6 (10,90)	34,8 (13,91)	23,1 (9,32)	25,2% (12,17)	0,120
Até 10 anos	9,8% (6)	0% (0)	5,7% (2)	18,2% (4)	0,055
11 a 20 anos	29,5% (18)	25% (1)	37,1% (13)	18,2% (4)	
21 a 30 anos	36,1% (22)	0% (0)	42,9% (15)	31,8% (7)	
Maior que 30 anos	24,6% (15)	75% (3)	14,3% (5)	31,8% (7)	
Coef.de Cramer			0,318		
Porcentagem da vida que fuma (%)					
Média (dp)	55,6 (15,09)	64,1 (12,10)	55,2 (13,75)	54,7 (17,56)	0,509
Quantidade de cigarros por dia					
Média (dp)	22,6 (13,05)	27,5 (23,98)	21,9 (12,52)	22,7 (12,06)	0,725
Até 10 cigarros	16,4% (10)	25% (1)	14,3% (5)	21,7% (4)	0,150
11 a 20 cigarros	44,3% (27)	25% (1)	54,3% (19)	30,4% (7)	
21 a 40 cigarros	34,4% (21)	25% (1)	25,7% (9)	47,8% (11)	
Maior que 40 cigarros	4,9% (3)	25% (1)	5,7%(2)	0% (0)	
Coef.de Cramer			0,272		
Pai Fumante					
Não	29,5% (18)	50% (2)	22,9% (8)	36,4% (8)	0,326
Sim	70,5% (43)	50% (2)	77,1% (27)	63,6% (14)	
Coef.de Cramer			0,167		
Mãe Fumante					
Não	63,9% (39)	100% (4)	62,9% (22)	59,1% (13)	0,400
Sim	36,1% (22)	0% (0)	37,1% (13)	40,9% (9)	
Coef.de Cramer			0,202		
Mãe / Pai fumante					
Pai não/mãe não	23% (14)	50% (2)	17,1 (6)%	27,3% (6)	

Considerando-se os índices de Prochaska para motivação, que permitem avaliar o estágio de mudança de comportamento do paciente, 62,3% estavam no estágio da contemplação (pensa em parar de fumar, mas não sabe quando) e 23% no de preparação (busca de tratamentos para parar de fumar).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes de acordo com a Motivação para parar de fumar (Prochaska)

Motivação	População	Grupos			Valor p=5%
		G1	G2	G3	
Frequência					0,502
Pré - contemplação	4,9% (3)	0% (0)	8,6% (3)	0% (0)	
Contemplação	62,3% (38)	75% (3)	51,4% (18)	77,3% (17)	
Preparação	23% (14)	25% (1)	28,6% (10)	13,6% (3)	
Ação	9,8% (6)	0% (0)	11,4% (4)	9,1% (2)	
Coef. De Cramer			0,214		

Observou-se que a média de tempo de abstinência do grupo 2 em relação ao grupo 3 foi de 10,0 (dp=2,04) meses e 7,9 (dp=2,42) meses, respectivamente, com um $p=0,001$, o que demonstra um índice de abstinência significativamente melhor no grupo 2. Ou seja, o grupo 3 sofreu recaída, em média, em até 7,9 meses, enquanto o grupo 2 permaneceu abstinente por pelo menos 10 meses.

O grupo 3 foi dividido em 3 categorias em relação ao tempo de seguimento:

- de 3 a 6 meses de seguimento: 40,9% apresentaram recaída;
- de 6 a 12 meses de seguimento: 40,9% apresentaram recaída;
- acima de 12 meses de seguimento: 18,2% apresentaram recaída.

O tempo de seguimento de abstinência dos participantes do grupo 2 (10,0 meses) é maior que o daqueles que tiveram recaída (7,9 meses no grupo 3). Sendo assim, os participantes do grupo 2 que ultrapassaram os 7,9 meses sem apresentar recaída, aparentemente superaram o ponto crítico.⁸

Tabela 4 - Distribuição dos participantes de acordo com recaída no grupo 3

Tempo de abstinência no grupo 3	G3
Até 3 meses	0% (0)
3 a 6 meses	40,9% (9)
6 a 12 meses	40,9% (9)
Mais de 12 meses	18,2% (4)

No caso de recaída, os motivos mais freqüentes referidos pelos pacientes foram: ansiedade (19%), estresse (61,9%) e outros – tais como problemas pessoais, problemas financeiros e problemas familiares (19%), sendo que o sexo masculino apresentou um índice de estresse de 77,8%, contra 50% do feminino. Nesta amostra, não foi observada nenhuma diferença estatisticamente significativa entre recaída dos sexos masculino e feminino.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes de acordo com a porcentagem dos motivos mais freqüentes para recaída por sexo

Motivos mais freqüentes de recaída	N=22	Sexo Masculino n = 10	Sexo Feminino n = 12
Ansiedade	19% (4)	22,2% (2)	16,7% (2)
Estresse	61,9 (13)	77,80%	50% (6)
Outros	19% (4)	0% (0)	33,3 % (4)

Outro dado avaliado foi o grau de dependência à nicotina através da

⁸ Recaída ocorre quando o participante volta a fumar pelo menos um cigarro por 7 dias consecutivos.

Escala de Fagerström. A escala de pontuação, que vai de 0 a 10, demonstrou que, na escala geral, a maioria dos pacientes está situada na faixa de tolerância baixa, 50,8%. Quanto à análise de cada grupo, separadamente, situa-se na faixa de tolerância baixa: 100% do grupo 1; 48,6% do grupo 2 e 45,5% do grupo 3. A média geral do grau de tolerância à nicotina foi de 4,18 (dp=1,803), sendo a média do grupo 1 de 3,50 (dp=0,577); do grupo 2 de 4,35 (dp=2,100) e do grupo 3 de 4,33 (dp=1,713). É importante notar que a média de dependência de nicotina no grupo 1 é menor que nos outros dois. Pode-se observar melhor esta descrição na Tabela 6 e Figura 1. Em relação às perguntas do Fagerström, os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significantes, ou seja, não parece ter havido associação entre as variáveis.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes de acordo com Escala de Fagerström.

Escala de Fagerström	Geral	Resultados			Valor p=5%
		G1	G2	G3	
Grau de dependência de nicotina - escala 0 a 10					
Média (dp)	4,18(1,803)	3,50 (0,577)	4,35 (2,100)	4,33 (1,713)	0,674
Muito baixo (0 a 2) (n)	13,1% (8)	0% (0)	17,1 % (6)	9,1% (2)	0,528
Baixo(3 a 4) (n)	50,8% (31)	100% (4)	48,6% (17)	45,5% (10)	
Médio(5) (n)	18% (11)	0% (0)	11,4% (4)	31,8% (7)	
Elevado (6 a 7) (n)	13,1% (8)	0% (0)	17,1% (6)	9,1% (2)	
Muito elevado (8 a 10) (n)	4,9% (3)	0% (0)	5,7% (2)	4,5% (1)	
Coef. De Cramer			0,266		

A Figura 1 mostra que os participantes do grupo 1 estão em uma faixa de dependência de nicotina menor do que os participantes do grupo 2 e 3, em relação ao Fagerström.

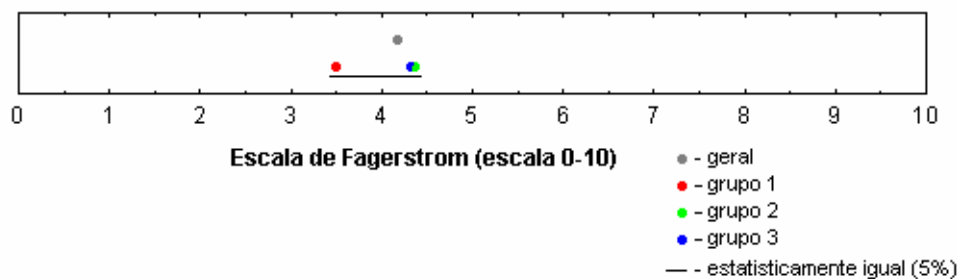


Figura 1 - Distribuição dos grupos de participantes, de acordo com a Escala de Fagerström.

O coeficiente de *Spearman* mostra a dependência entre duas variáveis: no caso, dependência de nicotina pelo Fagerström e o grau de vício de nicotina. Portanto, o coeficiente de *Spearman* dos grupos 1 e 3 aponta uma relação positiva, porém em menor grau que o grupo 2. Surge, assim, uma sugestão: mesmo que os grupos 1 e 3 estejam classificados em um grau menor de dependência de nicotina, o que poderia ter ocasionado a recaída teria sido a dependência psicológica.

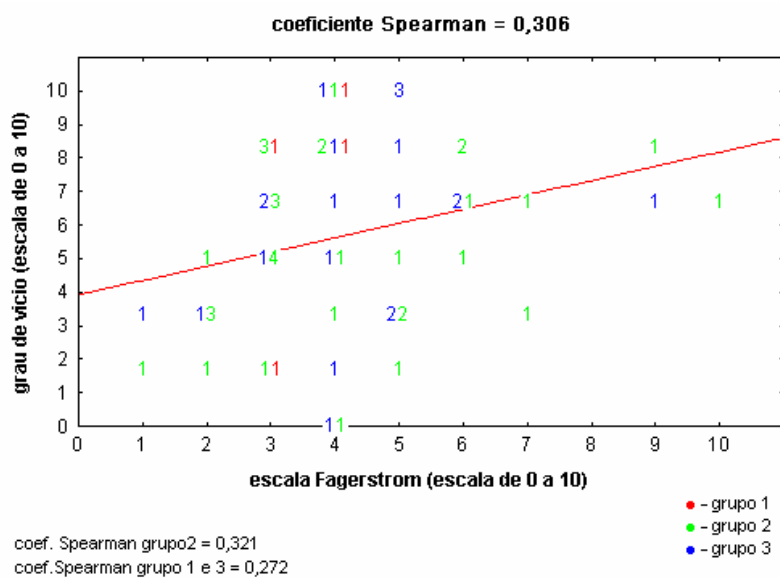


Figura 2 - Distribuição dos participantes de acordo com a comparação do grau de vício de nicotina com a Escala Fagerström

Em relação aos motivos e objetivos para fumar - mais especificamente estimulação, prazer, redução de tensão e vício -, os grupos não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre si. Mesmo assim, vale observar que existe uma tendência das médias em relação a estimulação, prazer, redução de tensão e vício, serem mais altas nos grupos 1 e 3 do que no grupo 2. Isto pode ser verificado na Tabela 7 e Figura 3.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes de acordo com os Motivos e Objetivos para fumar : estimulação, prazer, redução de tensão e vício

Motivos e Objetivos de fumar	População	Grupos			Valor p=5%
		G1	G2	G3	
Estimulação (escala 0 -10)					
Média (dp)	5,69 (3,134)	6,25 (1,596)	5,33 (3,229)	6,19 (3,212)	0,580
Prazer (escala 0 - 10)					
Média (dp)	7,72 (2,336)	8,75 (0,833)	7,52 (2,191)	7,86 (2,746)	0,586
Diminuição da Tensão (escala 0 -10)					
Média (dp)	8,33 (2,234)	8,33 (1,361)	8,10 (2,292)	8,24 (1,375)	0,596
Vício (escala 0-10)					
Média (dp)	5,72 (2,716)	7,08 (3,696)	5,33 (2,518)	6,11 (2,854)	0,347

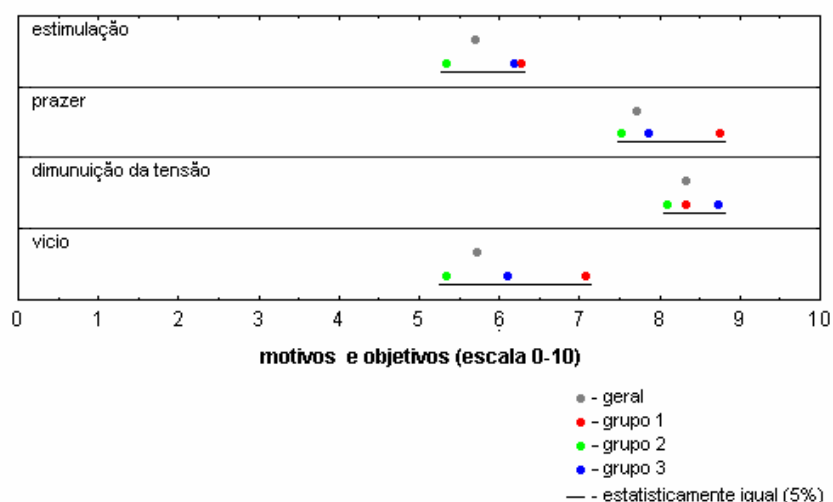


Figura 3 - Distribuição dos participantes de acordo com motivos e objetivos para fumar.

4.1.3 Frequência às sessões e satisfação com o programa

Outro dado avaliado foi à frequência às sessões de tratamento: dos participantes do grupo 2, só 5,7% participaram menos que 50% das sessões ($p=0,015$), quando comparados aos dos grupos 1 e 3, demonstrando que a aderência ao tratamento foi importante para o sucesso do mesmo ($p=0,015$).

Tabela 8 - Distribuição dos participantes de acordo com frequência nas sessões de psicoterapia.

Distribuição dos participantes de acordo com a frequência nas sessões	População	Grupos			valor $p=5\%$
		G1	G2	G3	
Frequência					
Menor ou igual 50%	13,1% (8)	25% (1)	5,7% (2)	22,7% (5)	0,015
Maior 50%	86,9% (53)	75% (3)	94,3% (33)	77,3% (17)	
Coef.de Cramer			0,255		

Em relação à satisfação dos participantes com o programa, 77,4% referiram estar satisfeitos. A distribuição geral da satisfação dos sujeitos (apoio psicológico, interação com o grupo, medicação) em relação à insatisfação é estatisticamente diferente ($p=0,004$).

Em relação à frequência dos participantes distribuídos pelos indicadores de satisfação, nos grupos 2 e 3 observou-se que os mesmos valorizaram mais o apoio psicológico ($p=0,003$) quando comparados ao grupo 1. O mesmo ocorreu com a classificação 'outros motivos alegados'. Neste caso, os grupos 2 e 3 também demonstraram um resultado estatisticamente significativo em relação ao grupo 1 ($p=0,048$).

Tabela 9 - Distribuição dos participantes de acordo com satisfação e tipo de satisfação

Distribuição dos pacientes de acordo com a satisfação e tipo de satisfação	População	Grupos			Valor P=5%
		G1	G2	G3	
Frequência no tipo de satisfação					
Apoio psicológico	53,2% (33)	0% (0)	45,7% (16)	73,9% (17)	0,004
Interação grupo	16,1% (10)	0% (0)	25,7% (9)	4,4% (1)	
Medicação	8,1% (5)	0% (0)	8,6% (3)	8,7% (2)	
Outros	21% (13)	75% (3)	20% (7)	13% (3)	
Insatisfeito	1,6% (1)	25% (1)	0% (0)	0% (0)	
Coef. De Cramer			0,493		
Frequência de pacientes					
Apoio psicológico	55% (33)	0% (0)	47,1% (15)	77,3% (17)	0,003
Interação grupo	16,7% (10)	0% (0)	26,5% (4)	4,5% (1)	0,747
Medicação	8,3% (5)	0% (0)	8,8% (1)	9,1% (2)	0,639
Outros	21,7% (13)	75% (3)	20,6% (6)	13,6% (3)	0,048
Insatisfeito	1,7%(1)	25% (1)	0% (0)	0% (0)	0,067

4.1.4 Saúde geral e depressão (QSG e BDI)

Em relação à distribuição da pontuação dos participantes no QSG (com a mediana ajustada para o sexo), observa-se que os mesmos estão situados abaixo da mediana para estresse psíquico (61,9%), desejo de morte (57,1%), desconfiança do próprio desempenho (52,4%); acima da mediana em distúrbios de sono (69%) e distúrbios psicossomáticos (57,1%). Mesmo nessa última situação, os participantes situaram-se abaixo do percentil 85, o que denota bom índice de saúde geral. As avaliações dos itens do QSG foram não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os três grupos.

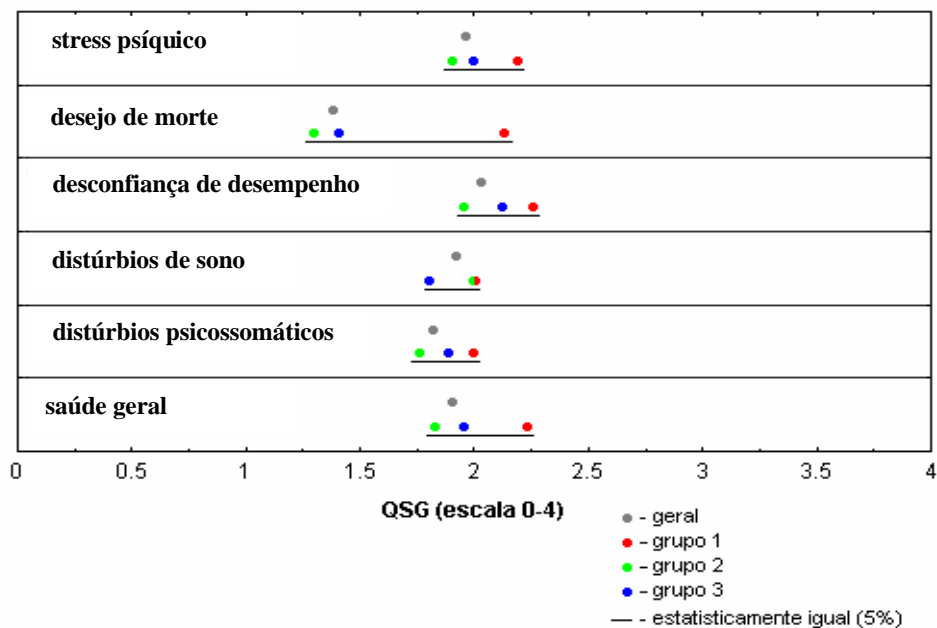


Figura 4 - Distribuição dos pacientes em relação ao QSG ajustado pelo sexo.

Quanto a distribuição da pontuação dos participantes no QSG, (na classificação para o sexo masculino), observa-se que os mesmos estão situados abaixo da mediana para estresse psíquico (57,9%), para desejo de morte (52,6%), para desconfiança do próprio desempenho (52,6%); acima da mediana para distúrbios de sono (78,9%) e para distúrbios psicossomáticos (73,7%). A Saúde Geral ficou situada acima da mediana (68,4%) sendo que a média foi de 1,90 ($dp=0,437$). Em todos os itens do QSG sexo masculino, a porcentagem dos participantes se situou abaixo do percentil 85, indicando um índice de saúde geral adequado.

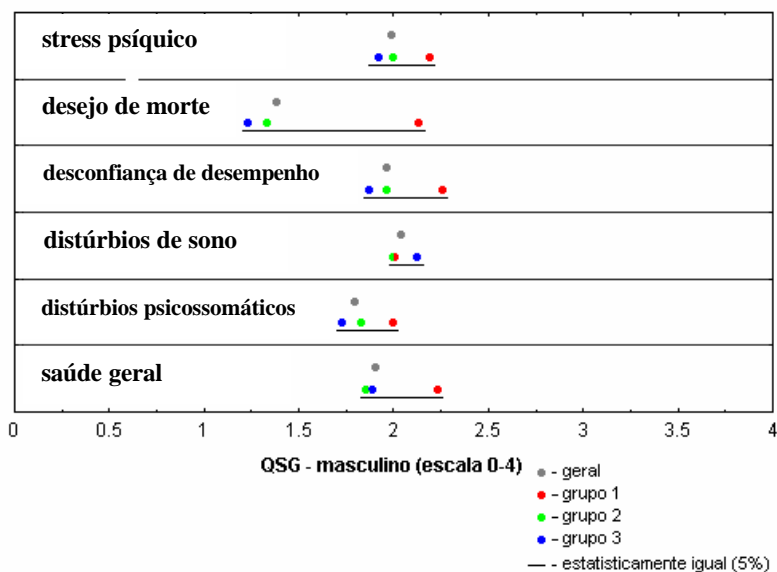


Figura 5 - Distribuição da pontuação média dos participantes de acordo com o QSG para o sexo masculino

A distribuição da pontuação dos participantes no QSG (na classificação para o sexo feminino) observa-se que os mesmos estão situados abaixo da mediana para estresse psíquico (65,2%), para desejo de morte (60,9%), para desconfiança do próprio desempenho (52,2%), para distúrbios psicossomáticos (73,7%); acima da mediana para distúrbios de sono (60,9%). A Saúde Geral ficou situada abaixo da mediana (52,2%), sendo a média de 1,89 ($dp=0,533$). Também neste caso os participantes se situam abaixo do percentil 85, indicando um índice de saúde geral adequado.

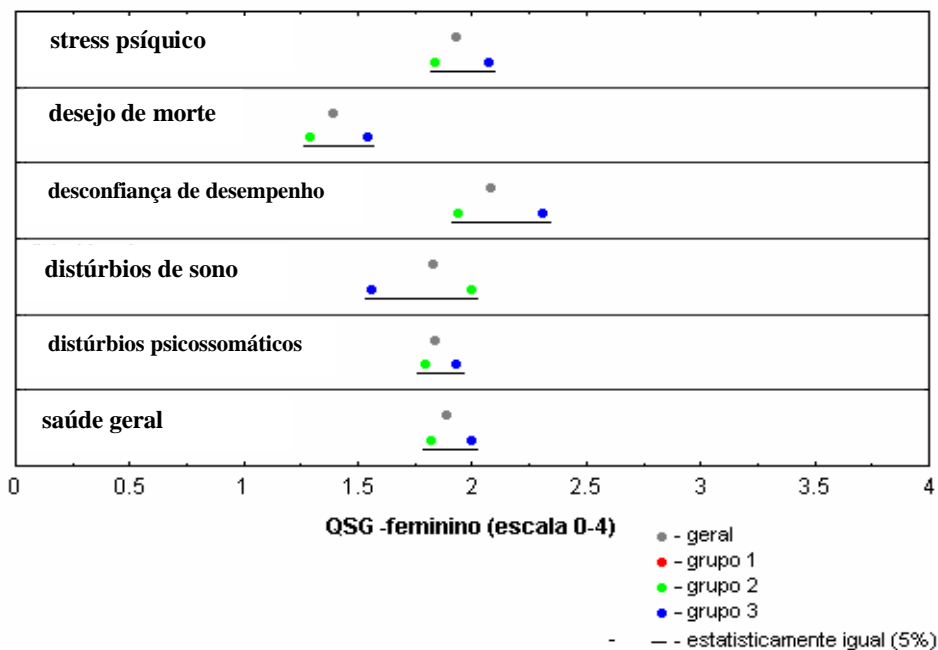


Figura 6 - Distribuição dos participantes de acordo com o QSG para o sexo feminino

A Curva de Sobrevida de Kaplan-Meier foi estratificada acima e abaixo da mediana para verificar se os participantes dos dois grupos tinham tempo de abstinência estatisticamente iguais, e testadas pelo método de *Log Rank* (ajustado pelo sexo). Das 6 áreas analisadas do QSG, o estresse psíquico ($p=0,121$) e o desejo de morte ($p=0,155$) parecem ter uma tendência a ser estatisticamente diferentes.

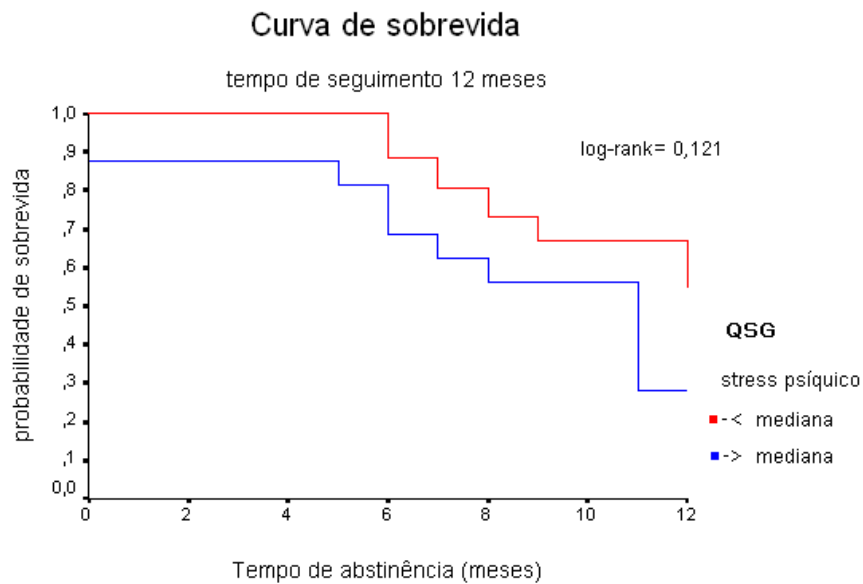


Figura 7 - Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier: stress psíquico do QSG

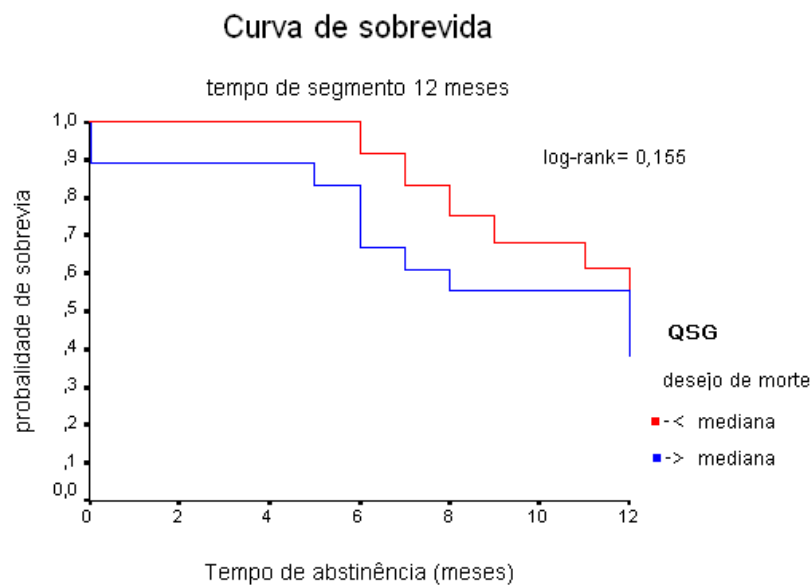


Figura 8 - Curva de Sobrevivência de Kaplan-Meier: desejo de morte do QSG

Dos três grupos estudados, a análise do Inventário de Beck para depressão demonstrou que eles apresentam diferenças estatisticamente significantes, com um $p=0,008$. Comparado somente o grupo 2 ao grupo 3, teremos o $p=0,013$, demonstrando que um dos grupos é estatisticamente diferente, ou seja, o grupo 3 parece ter níveis de depressão maiores que o grupo 2. Fica sugerida uma maior tendência à recaída.

A média geral de depressão foi de 10,10 ($dp=7,320$), sendo que a maioria dos participantes concentrou-se no grau mínimo de depressão (66,1%), grau leve (19,6%), moderado (12,5%) e grave (1,8%).

Dos participantes do grupo 2, 77,4% estavam no grau mínimo, seguidos de 59,1% do grupo 3.

Observa-se, ainda, um $p=0,043$, que mostra um excesso de participantes do grupo 1 em grau leve (66,7). Observem-se Tabela 10 e Figura 9.

Tabela 10 – Distribuição dos participantes de acordo com o BDI

Resultados do BDI	População	Grupos			Valor $p=5\%$
		G1	G2	G3	
BDI pré (escala 0 - 63)					
N	56	3	31	22	
Média (dp)	10,10 (7,320)	15,70 (6,350)	7,40 (5,570)	13,10 (8,520)	0,008
Mínimo (0 - 11)	66,1% (37)	0% (0)	77,4% (24)	59,1% (13)	0,043
Leve (12 - 19)	19,6% (11)	66,7% (2)	16,1% (5)	18,2% (4)	
Moderado (20 - 35)	12,5% (7)	33,3% (1)	6,5% (2)	18,2% (4)	
Grave (35 - 63)	1,8% (1)	0% (0)	0% (0)	4,5 (1)	
Coef.de Cramer			0,305		
Mínimo / leve (0 - 19)	85,7% (48)	66,7% (2)	93,5% (29)	77,3 % (17)	0,121
Moderado / grave (20 - 63)	14,3% (8)	33,3% (1)	6,5% (2)	22,7% (5)	
Coef.de Cramer			0,258		
BDI PÓS (escala 0 - 63)					
N	14	0	6	8	
Média (dp)	6,40 (5,920)				
Mínimo / leve (0 - 19)	92,9 % (13)				
Moderado / grave (20 - 63)	7,1% (1)				
BDI VAR PRÉ - PÓS (EM %)					
N	14				
Média dp					0,030

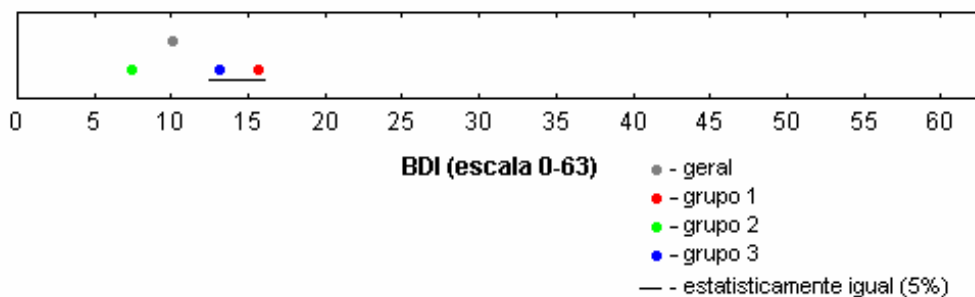


Figura 9 - Distribuição dos participantes de acordo com BDI

A comparação entre grupos de participantes foi realizada no pré e pós-tratamento, com um teste de igualdade de médias pareadas. As médias do BDI entre o pré e pós-tratamento (14 pacientes) para os três grupos foram estatisticamente significantes, com um $p=0,030$.

Outra descoberta interessante se deu com a constatação de que a média geral do grau de depressão dos participantes, no pós-tratamento, caiu para 6,40 ($dp=5,920$). Isto demonstra que o fato de os participantes terem parado de fumar pode ter-lhes trazido maior satisfação por ter atingido tal objetivo.

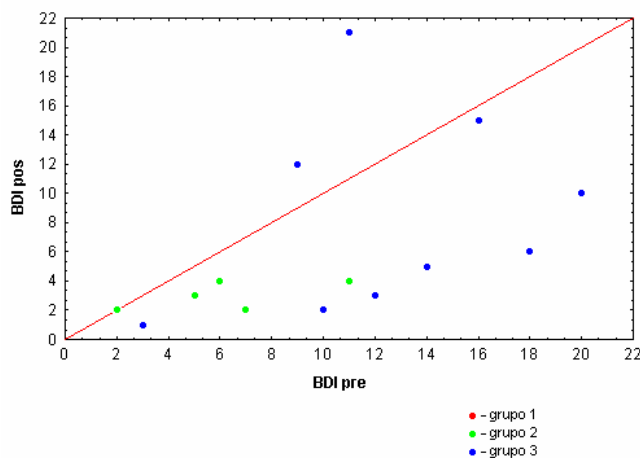


Figura 10 - Distribuição dos participantes de acordo com o BDI no Pré e Pós-tratamento (n=14)

A Curva de Sobrevida de Kaplan-Meier foi estratificada para o intervalo de 0 a 19 pontos e 20 a 63 pontos para verificar se os participantes dos 3 grupos tinham alguma diferença estatisticamente significativa em relação ao nível de depressão. Observa-se que os participantes que se encontram situados na faixa de 0 a 19 pontos têm maior chance de permanecer abstinentes por 1 ano, quando comparados àqueles de pontuação de 20 a 63 ($p=0,008$). Ou seja, participantes com aumento no nível de depressão têm maior chance de recaída.

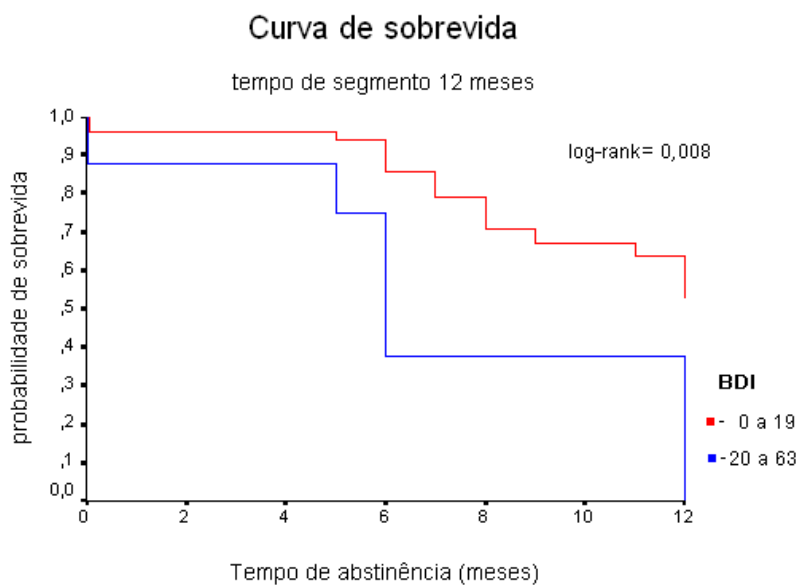


Figura 11 - Curva de sobrevida de Kaplan-Meier: BDI

4.1.5 Indicadores preditivos de recaída de abstinência Modelo I e Modelo II

Foi calculada a regressão de Cox para determinar quais respostas do questionário poderiam servir de indicadores de aumento de risco de recaída

no pós-tratamento (risco relativo).

Modelo I: um dos itens com significância estatística foi o número de anos que o participante fuma. O tempo considerado foi o intervalo de 21 a 28 anos. A análise estatística demonstrou que, persistindo o participante no fumar, para cada ano decorrido fica aumentado em 1,061 vezes o risco de ele recair ($p=0,037$).

Quanto ao número de cigarros fumados por dia, ($p=0,057$), foi constatado um índice pouco superior ao $p=0,05$. Tal dado, contudo, implica no fato de que a cada cigarro a **menos** que o participante fume, a chance de ele recair aumenta em 1,052 vezes. Foi considerado o número entre 3 e 60 cigarros.

Em relação ao participante ter ou não fumado sempre a mesma quantidade de cigarros, o **sim** significa que o mesmo tem um risco de recair em 9,009 vezes mais, em relação ao **não** ($p=0,003$).

Considerando se ele mora ou não com outros fumantes, quando a resposta é **sim**, o participante tem 3,145 vezes mais chance de recair em relação ao **não** ($p=0,038$).

Outro dado importante apurado foi relativo ao teor de nicotina do cigarro. O participante que fuma cigarro com médio teor de nicotina em relação ao teor alto, tem 2,725 vezes mais chance de recair. Quando comparado o baixo teor em relação ao alto teor de nicotina, observa-se que o participante tem 7,425 vezes mais chance de recair. Apesar do $p=0,053$, este dado foi levado em consideração, uma vez que se aproxima muito do índice de significância $p=0,05$.

Quando avaliado se o participante já havia tentado parar de fumar alguma vez, a resposta **não** sugere 6,15 mais chance de recair do que aquele participante que já tentou parar de fumar alguma vez ($p=0,002$).

Em relação à frequência de participação nas sessões de tratamento, a participação menor ou igual a 50% das sessões aponta 8,78 vezes mais chance de recair do que aqueles participantes que freqüentaram acima de 50% das sessões ($p=0,001$).

No questionário, a indagação relativa aos motivos e objetivos para fumar, ficou evidenciado que uma das perguntas do item **estimulação** teve o seguinte resultado: quando o participante assinalava a nota 2, esta em relação à nota 1 sugere 2,569 vezes mais chance de recair. Quando comparada a nota 3 em relação à 1, prognostica que o participante tem 6,600 vezes mais chance de recair ($p=0,012$).

Tabela 11 - Indicadores preditivos de recaída: Tabela de Risco Relativo Modelo I

Indicadores de Recaída - Modelo I	Exp(B) estimativa aumento do risco	IC 95% para Exp(B)		Exp(B) estimativa aumento do risco	IC 95% para Exp(B)	
		inferior	superior		inferior	superior
Tempo de fumo (p=0,037)						
21 anos	referência					
A cada ano acréscimo (ou decréscimo) de 28 anos	1,061	1,004	1,122	0,943	0,996	0,891
Quantos cigarros fuma por dia (p=0,057)						
3 cigarros	referência					
A cada cigarro acréscimo (ou decréscimo) de 60 cigarros	0,951	0,902	1,001	1,052	1,109	0,999
Sempre fumou a mesma quantidade (p=0,003)						
Sim	referência					
Não	0,111	0,026	0,471	9,009	38,462	2,123
Mora com outros fumantes (p=0,038)						
Sim	referência					
Não	0,318	0,108	0,937	3,145	9,259	1,067
Teor de nicotina do cigarro (p=0,053)						
Baixo	referência					
Medio	0,367	0,133	1,012	7,425	56,532	0,976
Alto	0,135	0,018	1,024	2,725	7,519	0,988
Tentativas anteriores para parar de fumar (p=0,002)						
Sim	referência					
Não	6,156	1,959	19,343	0,162	0,510	0,052
Frequência de participação nas sessões (p=0,001)						
Maior 50%	referência					
Menor ou igual 50%	8,780	2,55	30,18	0,114	0,392	0,033
Fuma quando desempenha trabalho que exige concentração (estimulação) (p=0,012)						
Nota 1	referência					
Nota 2	2,569	1,229	5,371	0,389	0,662	0,035
Nota 3	6,600	1,510	28,848	0,814	0,814	0,186

Regressão de Cox
*resultado a 5% do Teste do parâmetro:
HIPÓTESES DO TESTE

Modelo II: uma das perguntas do questionário, que se encontra nos Motivos

e Objetivos para fumar, avalia a dificuldade imposta ao participante por ter que ficar sem fumar em locais proibidos. Em relação a **não**, o participante que respondeu **sim** tem 5,952 vezes mais chance de recair ($p=0,030$).

Se fuma quando fica entusiasmado, **sempre** significa que o participante tem 2,183 mais chance de recair.

Quando o participante refere ter dó de si próprio **sempre**, sua chance de recair aumenta 4.950 vezes, em relação a **não sempre** ($p=0,049$).

Quanto à satisfação no trabalho, a resposta **não muito** significa que a chance de o participante recair é de 5,747 vezes ($p=0,016$).

No quesito satisfação em relação à vida sexual, o **não muito** significa que a chance de o participante recair é de 4,049 vezes ($p=0,040$).

Quanto a tentativas anteriores de parar de fumar, **o não** mostra uma chance 3,579 vezes maior de recair ($p=0,042$).

Tabela - 12 Indicadores preditivos de recaída: Tabela de Risco Relativo

Modelo II

Indicadores de Recaída - Modelo II	Exp(B) estimativa do risco relativo	IC 95% para Exp(B)		Exp(B) estimativa do risco relativo	IC 95% para Exp(B)	
		inferior	superior		inferior	superior
Tem dificuldades de ficar sem fumar em locais proibidos						
		(p=0,030)				
Sim	referência			5,952	29,412	1,190
Não	0,168	0,034	0,840	referência		
Fuma quando fica entusiasmado						
		(p=0,183)				
Sempre	referência			2,183	6,897	0,694
Não sempre	0,458	0,145	1,440	referência		
Fuma quando tem dó de si mesmo						
		(p=0,049)				
Sempre	referência			4,950	24,390	1,010
Não sempre	0,202	0,041	0,990	referência		
Está satisfeito com seu trabalho						
		(p=0,016)				
Não muito	referência			5,747	23,810	1,389
Muito	0,174	0,042	0,720	referência		
Está satisfeito com sua vida sexual						
		(p=0,040)				
Não muito	referência			4,049	15,385	1,075
Muito	0,247	0,065	0,930	referência		
Já fez alguma tentativa para parar de fumar antes						
		(p=0,042)				
Sim	referência			0,279	0,953	0,082
Não	3,579	1,049	12,200	referência		

Regressão de Cox - estratificada pelo sexo
*resultado a 5% do Teste do parametro b

4.1.7 Curva de Sobrevida de Kaplan-Meier (Probabilidade da Manutenção da Abstinência)

Foi elaborada uma Tabela de Sobrevida para avaliar a manutenção da abstinência, que se traduz em possibilidade de sucesso do tratamento. Aqui se observa uma porcentagem de 57,4% de abstinentes contra 42,6% de recaída. Em 12 meses, a porcentagem de abstinência mantém-se em 49,7%, contra 50,2% de recaída.

Tabela 13 – Tabela de sobrevida de Kaplan-Meier: distribuição dos participantes de acordo com Probabilidade de Manutenção da Abstinência em até 12 meses

Abstinência/Recaída	Índices
Número de pacientes (considerando abstinência sem recaída e com recaída e não parou)	
n	100% (61)
Tempo de sobrevida - abstinência (meses)	
Média (ep)	10,00
IC95% media	9,00 ; 11,00
Mediana	12 meses
Limitado por	12 meses
Porcentagem de abstêmios (n)	57,4% (35)
Porcentagem de fumantes (recaída, não parou) (n)	42,6% (26)
Probabilidade de sobrevida - abstinência	
Em 6 meses	0,7869
Em 9 meses	0,6439
Em 12 meses	0,4976
Risco de recair= 1-probabilidade de sobrevida	
Em 6 meses	0,2131
Em 9 meses	0,3561
Em 12 meses	0,5024

obs .tempo de seguimento 12 meses

não foi encontrada diferença estatística entre a curva de sobrevida do sexo mas e fem (log-rank=0,827)

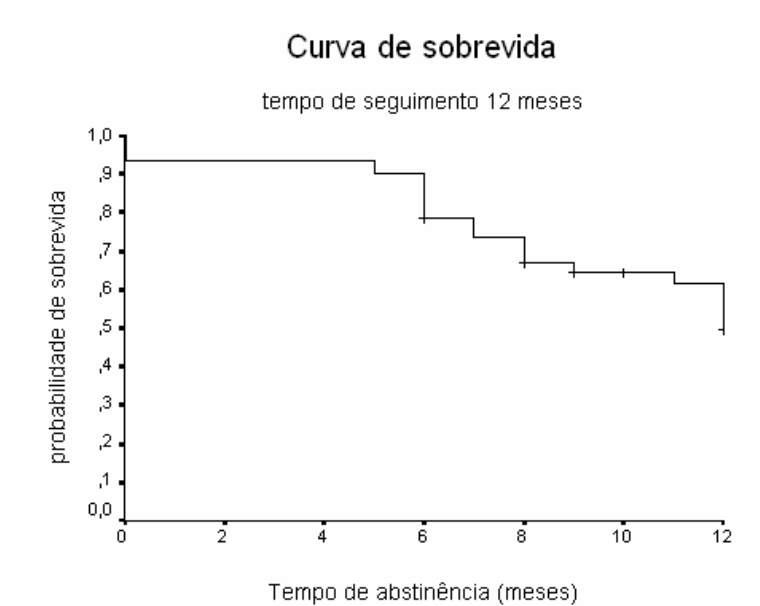


Figura 12 - Curva de Sobrevida de Kaplan-Meier para a probabilidade de manutenção da abstinência em até 12 meses

6 DISCUSSÃO

O tabagismo é considerado, hoje, um problema de saúde pública mundial. A OMS considera-o doença específica de intoxicação intermitente com efeitos psicoativos, ou seja, ele age provocando tanto dependência física quanto psicológica. O uso progressivo do cigarro envolve a tríade da adicção: tolerância, dependência e síndrome de abstinência. Estudos internacionais mostram que 80% dos jovens que fumem cigarro cinco vezes consecutivas tornam-se dependentes (Leite, 1999), apontando para a importância dessa adicção. Antigamente, considerava-se dependência à droga aquilo que produzisse dependência física e que causasse danos à sociedade. Nesta linha de pensamento, o “vício” se referia à dependência psíquica, não causando danos à sociedade. Hoje, considera-se que “dependência” e “vício” têm a mesma importância científica, e que a dependência à nicotina é física e psicológica, gerando condicionamento que se traduz por comportamentos associados ao cigarro e eliciados por ele (gatilhos). Em princípio, o maior mal que o fumante causa, na verdade, é a si próprio, exceto nos casos em que fuma perto de pessoas que se tornam fumantes passivos e podem adoecer pela fumaça do cigarro (Carvalho, 2000). Em relação às doenças, sabe-se que o cigarro associa-se a mais de cinquenta delas, algumas muito graves, como cânceres, doenças cardíacas, circulatórias e pulmonares, entre outras. Além disso, observam-se os danos causados ao meio ambiente, não só pela derrubada de árvores para a fabricação de cigarros (para se manufaturar 200 cigarros, uma árvore é

derrubada), como também incêndios por eles provocados nas matas, em empresas ou residências Além desses malefícios, um outro se segue: o resíduo do cigarro (a assim chamada “bituca”), que agrava a poluição ambiental que, ao ser jogada na natureza, leva pelo menos cinco anos para se decompor.

Uma questão que sempre intriga a maioria das pessoas é: por que o fumante não pára de fumar, mesmo sabendo que o cigarro causa tantas doenças, e doenças graves? Nessa perspectiva, associa-se a idéia de que informação é suficiente para mudar hábitos, fato atualmente contestado pela literatura científica disponível, que aponta a importância da motivação e outras variáveis psicológicas na adesão dos esquemas terapêuticos e na adoção de comportamentos considerados saudáveis. Ostbye e Taylor Jr. (2004) relataram que a melhor forma de sensibilizar o fumante é chamando-lhe a atenção para os aspectos positivos da cessação do tabagismo. Eles relataram, ainda, que quando se chama a atenção somente aos aspectos negativos do cigarro, o fumante tem a tendência de “fugir” do tratamento. Este relato é verificado na prática: observa-se que é comum os fumantes verbalizarem que sabem tudo sobre o mal que o cigarro faz, e que, quando são forçados a parar, eles fumam mais ainda. Isto reforça o aspecto de o fumante necessitar de ajuda e compreensão, principalmente em relação aos aspectos emocionais. A TCC procura sempre enfatizar os aspectos positivos da cessação do cigarro como forma de abordar crenças disfuncionais. Outra vertente tende a perceber o fumante como “sem-vergonha”: “ele não pára porque não quer; parar de fumar implica somente em querer parar, implica

em força de vontade”, “Tratamento para parar de fumar? Isto é bobagem, se você quiser e tiver força de vontade, você pára sozinho”, seria o mote. Sabe-se o quanto é difícil, para o fumante, cessar este comportamento, hoje tão indesejável e segregado pela sociedade. Certa vez, participando de um curso para aprender a tratar fumantes, realizado pela Secretaria da Saúde de São Paulo⁹, foi solicitado, como tarefa inicial, que cada pessoa escrevesse em um papel a imagem que fazia do fumante. Os adjetivos mais empregados foram: sem-vergonha, sujo, doente, fraco, com baixa auto-estima, cheirando mal, entre outros.

Na verdade, o fumante é um dependente químico que precisa de ajuda. Ele precisa ser compreendido quanto à sua dependência e ser respeitado como ser humano. Na verdade, ele precisa ser acolhido. Ao PAIF já acorreram muitos fumantes que chegavam sem grandes esperanças, pois não conseguiam parar de fumar, e sofriam por isto: “Não suporto mais este vício e este cheiro, mas não consigo parar, sou fraco”. Eram pessoas muitas vezes eram segregadas do convívio familiar, pois tinham que sair de casa para fumar. Certa vez, a filha de um casal que se encontrava em final de tratamento relatou: “Agora não vou mais ter que ficar trancada no quarto, poderei ficar com meus pais na sala, sem aquele cheiro horrível do cigarro”. A indústria do cigarro tenta passar uma imagem errada quando divulga: “fume com moderação”. Sabemos que isto não é possível. Uma vez instalada a dependência, fica muito difícil, a cada ano que passa, abandonar o cigarro. Sabe-se que existem causas psicológicas e sociológicas, e que a

⁹ Curso sobre Capacitação para o Tratamento do fumante, realizado pela Secretaria da Saúde de São Paulo em 2002.

forma como o indivíduo fuma varia de acordo com o ambiente, com o contexto familiar e condições pessoais (Carvalho, 2000). Cumpre ressaltar que, em relação ao vício, ou adicção, a nicotina tem um poder de gerar dependência muito mais forte que a cocaína e a maconha (Rosemberg, 2003). Seguindo este raciocínio, uma das propostas do PAIF é que, mesmo realizando o tratamento seja realizado em grupo, o fumante será analisado e cuidado como um ser único, com sua individualidade, dificuldades e peculiaridades. Isto vem ao encontro do que Presman et al. (2005, 2006) e Haggstram et al. (2001) falavam sobre como abordar o fumante.

O homem se move e se orienta no sentido de sua finalização. Lança os olhos no amanhã, procura interpretar o passado, aprender com ele coisas úteis para sua orientação futura. Ele sabe que não está sozinho no universo, que deve observar seus interesses de acordo com a comunidade e que tentará se sobressair a ela, em busca de sua felicidade. Ao mesmo tempo em que o homem gosta de ficar só, aprofundando-se em sua intimidade, sente necessidade de entrar em contato com outras pessoas, e se agrupar. À medida que se agrupa, percebe melhor sua individualidade e a dos demais. Percebe que as contradições individuais, formam um dado rico e operante. Desde o início da humanidade, o homem vem se agrupando, buscando, desta forma, sua realização. Procura em todo agrupamento compreender, ser compreendido, aceitar e ser aceito aliviar-se, e, em contrapartida, ajudar os outros.

Pode-se dizer, então, que a terapia de grupo é tão antiga quanto o próprio homem. Através de formas variadas de grupo, ele procura alento

para seus males, esclarecer suas dúvidas, ser apoiado, sentir-se aliviado através das palavras que expressa. Dentre essas condições, observamos que o grupo deve ter intensa comunicação verbal, ensejando a seus integrantes condições para externar seus anseios, angústias e dúvidas com relação ao momento que vivem; que os participantes sejam objetos diretos do tratamento; que o próprio grupo se constitua como principal elemento terapêutico. É preciso garantir um espaço que permita a cada um dos integrantes receber orientação e suporte, estimulando o processo de elaboração da realidade pela qual ele passa. Aqui se delineiam dois processos distintos: o da identificação e o da diferenciação. Quando em crise, algumas pessoas podem vir a tender a se identificar com o outro. Elas passam a perceber que o seu problema não é o único, não é, provavelmente, o mais grave nem aquele que merecerá uma solução iminente. Isto não quer dizer que seu problema será desmerecido. Mas elas poderão compartilhar suas angústias com outros integrantes do grupo. Muitas vezes, em situações já vivenciadas, poderão fazer seu relato ao grupo como forma de ajuda e apoio para aqueles que ainda não passaram determinadas fases como, por exemplo, hospitalização. A validade de se fazer o tratamento em grupo ou individualmente, também é discutida por alguns autores, como Presman et al. (2005, 2006), May e West (2000) e Fiore et al. (2000). Todos manifestaram que o grupo é muito eficaz, sem, contudo, invalidar o tratamento individual. Apontavam, também que, quando necessário o fumante deve ser encaixado no tipo de tratamento que melhor lhe convenha, em razão de sua dependência. No caso de alguns fumantes,

como os deprimidos, por exemplo, seu tratamento deverá ser, de preferência, individual, ou mesmo mantido por tempo mais prolongado.

Este aspecto, que parece ser tão simples, foi aprendido a partir de anos de cuidado destes indivíduos. Não se consegue estipular uma proposta a ser rigidamente seguida. As diferenças individuais precisam ser respeitadas. Foi esse o princípio norteador da proposta terapêutica do PAIF, integrando o trabalho com questões psicológicas envolvidas no tabagismo através da TCC.

Um dos pontos que se pretende discutir aqui e que consideramos o eixo central desta pesquisa, norteador desta discussão, é que o tratamento do fumante será mais eficaz se ele for cuidado não só por sua dependência física mas, principalmente, se ele for cuidado por sua dependência psicológica. Em nossa prática é muito comum, à medida que as sessões de grupo evoluem, ouvir do fumante relatos do gênero: “Dei-me conta que não sinto *vontade física*, mas preciso do cigarro por motivos mais ligados ao meu emocional”; ou “Voltei a fumar porque ficava muito ansioso”; ou “Eu tenho medo de parar de fumar, pois não sei quem eu sou sem o cigarro na mão”. Esses recortes de discurso ilustram a potencial importância desse aspecto e pontuam importantes questões acerca do tabagista que refere querer parar de fumar. Buscando uma aproximação dessas questões, a presente discussão seguirá os seguintes eixos: índice de sucesso e análise dos dados sócio-demográficos da amostra; a questão da dependência; o fenômeno da recaída *versus* sucesso do tratamento; a efetividade e satisfação com o tratamento.

5.1 Índice de sucesso e dados sócio-demográficos

Analisando a amostra de participantes desta pesquisa, foi possível estudar 61 pacientes, que ficaram distribuídos em três grupos: grupo 1, com participantes que terminaram o tratamento não abstinentes; grupo 2, com participantes abstinentes; e grupo 3, com participantes que recaíram após o final do tratamento, mais especificamente entre três e seis meses pós-tratamento, com um período máximo de sete meses. Foi obtido um índice de 6,5% de fumantes do grupo 1, (não terminaram o tratamento sem fumar). Este é um índice comparativamente bom, pois, no geral, o que se observa é que os grupos de tratamento acabam com um sucesso que pode variar de 59% a 80%. O índice de sucesso ao final do tratamento (em seis semanas) foi de 93,4% em nossa amostra. No quinto mês, ocorreram duas recaídas, alterando a porcentagem para 90,1%. Em seis meses, 78,6%, em nove meses, 64,3%, dez meses, 57,4% e doze meses, 49,7%. Por outro lado, nem todos os estudos mencionam dados de abstinência ao final do tratamento: alguns estudos referem 59%, outros 44% (ao final de quatro semanas), 60% (em seis semanas), 49,1% (em oito semanas) e 44,2% (em sete semanas) (Fiore et al.,1994; Sonderskov et al. 1997; Herrera et al. 1995; Haggsham et al.,2001; Hurt et al. 1997). Comparativamente, mesmo os melhores índices reportados na literatura (60% em seis semanas) ficam aquém de 93,4% no mesmo período. Vale notar que três destes estudos (Fiore et al. 1994; Herrera et al. 1995 e Hurt et al. 1997) utilizaram técnicas de aconselhamento em seus programas, juntamente com a medicação, podendo se constituir num fator associado aos melhores índices de sucesso

- o que, entretanto, os autores não discutem. Isto sugere que a TCC, abrangendo mais especificamente a dependência psicológica do fumante, associada à medicação, aumenta significativamente o sucesso do programa. Aqui, vale explicar que o aconselhamento consiste em abordar o participante para que ele pare de fumar, conscientizando-o e orientando-o para a parada, com um acompanhamento breve. Este modelo é a abordagem mínima recomendada pelo Consenso de Tabagismo do INCA (Brasil, 2001). A TCC implica, como já foi dito anteriormente, não só na utilização de técnicas de modificação comportamental, mas sobretudo abordar conteúdos cognitivos disfuncionais e ajudar na modificação dos mesmos para que o fumante consiga o objetivo da cessação do cigarro.

Em relação ao sexo na amostra geral, o número de pacientes do sexo feminino foi um pouco maior que o do sexo masculino, apesar de não ser estatisticamente significativa, tendência esta já vem sendo observada nos últimos anos, principalmente aqui no Brasil. Comparativamente, o número proporcional de mulheres fumantes vem aumentando ao longo dos anos, comparativamente. Isto sugere uma diferença de gênero, observando-se que as mulheres parecem recair mais que os homens, além de apresentarem uma dificuldade maior no processo para parar de fumar. Rosemberg (2003) confirmou estes dados. Relatou que, em alguns estados brasileiros o número de mulheres fumantes é maior que os de homens. Araújo et al. (2006) relataram a tendência do aumento, já na adolescência, do número de mulheres fumantes em vários países do mundo. No Brasil, parece que o maior número apurado deu-se nas regiões sudeste e sul do país. Além

disso, sugeriam que a dependência física da nicotina difere para as mulheres em relação aos homens. As mulheres precisam de maiores concentrações de nicotina para manter-se bem ; há uma concentração maior de mulheres fumantes em camadas sócio-econômicas mais baixas ; mulheres têm um padrão próprio de respostas de enfrentamento nas situações de crise, demanda social, e biológica. O cigarro age como um disruptor hormonal: a mulher tem mais distúrbios de humor, e a síndrome de abstinência, nela, é mais forte que no homem. O metabolismo da nicotina na mulher é mais lento ; ela não se adapta bem à terapia de reposição nicotínica e parece que o tabagismo é mais reforçado por questões psicológicas e sociais do que pela dependência química (Araújo, et al. 2006). Estas situações parecem se repetir nos grupos de tratamento do Hospital do Coração. Existem alguns questionamentos dessa posição, propondo-se a uma dificuldade maior para o homem procurar tratamento visando parar de fumar quando comparado à mulher para justificar este aumento no número de mulheres fumantes em programas de cessação do cigarro. Haggstram et al. (2001) em estudo feito com bupropiona, obtiveram em sua amostra um número mais elevado de mulheres (67,5%) em relação ao de homens. Neste trabalho, eles relataram que o sexo não tem influência tão grande quanto a esperada em relação aos índices de recaída ou sucesso. Na presente pesquisa, o sexo também não apareceu como uma variável direta que se associasse ao fracasso ou sucesso do tratamento. Em pesquisa de candidatos do PAIF, realizada no Hospital do Coração (Ismael e Quayle, 2005), foi observado que o número de mulheres fumantes era maior

que o de homens, sendo que aquelas recaíam mais que estes últimos. Isto pode estar relacionado ao fato de a mulher ter maior tendência à depressão, utilizando o cigarro como “auto-medicação” (Rosemberg, 2003; Perez, 2004; Focchi e Braun, 2005). Neste ponto, é importante ressaltar um aspecto interessante: nos grupos realizados com vários pacientes durante os últimos anos no PAIF, foi constatado que as mulheres com idades variando entre 25 e 35 anos referiam mais freqüentemente o fato de não querer ficar sem bebida alcoólica (apesar de não serem alcoolistas) do que a preocupação em relação ao ganho de peso, contrariando Rondina et al (2003). Em alguns grupos realizados, elas preferiam usar o adesivo de nicotina em lugar da bupropiona, para não ter que deixar de beber durante o período de uso de medicação. Como se sabe, é inadequado utilizar medicação antidepressiva e álcool conjuntamente. Outro estudo realizado por Dale et al. (2001), também relatou a diferença entre homens e mulheres, sendo que a mulher apresentava maior dificuldade em parar de fumar por temer o provável ganho de peso. O medo do ganho de peso seria um fator precipitador para a recaída. Especificamente na amostra da presente pesquisa, este tipo de medo não apresentou diferenças estatisticamente significantes entre homens e mulheres.

Rosemberg (2003) fez também uma longa discussão sobre a questão genética associada ao uso do cigarro, que aparentemente determina tipos diferentes de fumantes em relação à compulsão e dependência nicotínica. Com a estrutura de serviços de saúde hoje existente no Brasil, não seria

possível fazer estudos genéticos prévios ao tratamento dos fumantes para que fosse determinado adequadamente o tipo de tratamento mais eficaz.

A média de idade dos participantes do programa (42,8 anos) sugere que a preocupação maior em relação ao medo de adoecimento após esta faixa etária favorece a busca de programas como o PAIF. Tanto que os dados mostram que 86,4% da amostra, referiu querer parar de fumar para evitar problemas de saúde em futuro próximo. Outro aspecto interessante que esta pesquisa demonstrou foi que os participantes fumam pelo menos metade de sua vida. Ostbye e Taylor Jr (2004), em estudo realizado com mais de doze mil participantes, demonstraram que indivíduos que param de fumar por quinze anos têm a mesma qualidade de vida de pessoas que nunca fumaram. Nenhum dos estudos levantados trouxe dados mostrando associação estatisticamente significativa entre a idade do participante e a ocorrência de recaída, a não ser pelo trabalho de Issa et al. (2006, no prelo), segundo o qual quanto maior a idade do participante, menor o índice de recaída comparativamente aos participantes aos mais jovens. Eles sugeriram, além disso, que os mais velhos têm maior preocupação com sua saúde. Em nossa população observou-se que uma das principais razões para parar de fumar foi o medo de adoecer no futuro próximo. Isto talvez explique as conclusões referidas pela literatura: indivíduos que mostram o desejo de parar de fumar, porque, se persistirem no fumo já doentes, podem agravar ainda mais seu estado de saúde (Issa et al. 2006, no prelo). É comum ouvir os participantes dizerem: “Fui ao médico fazer um *check-up* e,

como estava tudo, bem achei melhor parar de fumar para não adoecer lá na frente”.

O tempo de instalação do hábito de fumar considerado poderia apresentar associação com o sucesso do tratamento. Foi constatado que a média desse tempo (24,6 anos), uma média alta, foi condizente com a literatura. Em geral, é o tempo gasto pela maioria dos fumantes com o cigarro. Nos programas de cessação do fumo, são poucos os que fumam há pouco tempo, ou que começaram a fumar após os 20 ou 30 anos de idade. Este dado está de acordo com as constatações do presente estudo, onde se depreende que os fumantes utilizaram o cigarro por pelo menos metade de sua vida. Este resultado não apresenta diferenças estatisticamente significantes para os três grupos avaliados. Todavia, o grupo 1 apresenta uma média maior que os grupos 2 e 3, com porcentagem maior de tempo de vida dos que fumam. Isto sugere a idéia de que, quanto mais longo o tempo que o indivíduo fuma, maior a dificuldade em parar de fumar. Isso se dá não só pelo fator hábito/dependência: podemos supor que quanto maior for o período de consumo do fumo, mais receio o fumante terá para tentar parar de fumar, seja por seu temor de fracasso, seja pela dificuldade de se imaginar sem o cigarro. É comum ouvir o relato: “Fumo há mais de vinte anos, e nunca fiquei doente”. Ora, na verdade o cigarro geralmente começa a mostrar efeitos deletérios à saúde a partir de 20 anos de sua utilização. Isto poderia explicar a aparente contradição presente em alguns relatos como: “Fumei por mais de 20 anos e, depois que parei de fumar, fiquei doente”. Ou, então, outro tipo de afirmação: “Meu avô morreu velho,

e fumou até o fim da vida”. Na verdade, o avô é a exceção, e não a regra. O fumante apresenta uma tendência e uma capacidade peculiares para achar “desculpas” e respostas para justificar sua adicção.

Considerando-se o tempo de utilização do fumo em nossa população, foram encontrados dados diferentes daqueles achados na literatura: a regressão de Cox mostrou que, quanto maior o tempo de fumo, maior o risco de recaída. Issa et al. (2006, no prelo) referiram que o fato de fumar por muitos anos não implica em maior dificuldade na cessação do cigarro. Este dado traz uma análise interessante: na experiência do PAIF, é observado que os fumantes de muitos anos têm, de início, maior resistência para parar de fumar por dois motivos: uns porque têm medo de consegui-lo e outros porque têm medo de não o conseguir, sentindo-se fracassados. É interessante discorrer sobre alguns exemplos: “Fumo há tantos anos que acho que não consigo parar”. Em outro caso, uma senhora participante desta pesquisa (fumante de 30 cigarros/dia), já perto da data estabelecida para parar de fumar, em uma das sessões relatou, chorando: “Meu Deus, estou apavorada, será que vou conseguir parar?” O terapeuta, já conhecedor de sua dinâmica emocional, questionou : “Você tem medo de não conseguir parar ou de conseguir parar de fumar e perceber que você é capaz de ficar sem o cigarro?” A participante parou, assustada, pensou um pouco e respondeu: “Na verdade, acho que tenho medo de perceber que posso ficar sem o cigarro ; e aí, o que farei”? Aqui se percebe, nitidamente, como já visto em outros casos, que o luto pela perda do cigarro pode ser um fator que retarda a busca de ajuda ou as tentativas de cessação. Outra

hipótese seria o que Presman et al (2006) apontaram em relação ao fato de alguns fumantes não conseguirem se imaginar sem o cigarro, relacionando o hábito de fumar à construção de sua identidade pessoal e auto-imagem. Apesar de este trabalho não ter trazido dados significantes em relação à solidão, os participantes relatam freqüentemente ser o cigarro seu “companheiro fiel” das horas alegres e difíceis: “Ele é um amigo, sei que amigo da onça, mas ele nunca me falha”.

A média de cigarros fumados (22,6 cigarros por dia) é uma tendência que se repete em alguns trabalhos relatados na literatura (Haggstram et al., 2001; Jamerson et al. 2001). Esta tendência, tanto do tempo de fumo como da média de cigarros fumados, é o que se observa nos pacientes atendidos no serviço do Hospital do Coração.

Outro dado preocupante foi a constatação de que 70,5% dos fumantes tinham pais fumantes. Outro estudo recente também demonstrou dados semelhantes a este, lembrando que deve haver uma preocupação dos pais em não fumar perto da criança, não só pelo fato de poder contaminá-la pela fumaça, como também pelo modelo de comportamento, que normalmente é oferecido pelo pai ou mãe (Carvalho, 2000). Existe uma tendência de a criança repetir atitudes e comportamentos de seus pais. Dizia ainda que, à medida que a influência dos pais diminui, aumenta a pressão do grupo, particularmente durante a adolescência. Vale lembrar, neste ponto, que Rosemberg (2003) relatou a existência de um gene específico para o fumante, o que também poderia agregar-se a esta “tendência familiar”- e que mereceria mais amplas pesquisas.

Outro fato, antes fundamental, dizia respeito à publicidade. Hoje, com a proibição da publicidade, através de leis estabelecidas, o jovem fica mais protegido do material divulgado pela indústria do cigarro. Mesmo assim, ainda existem algumas que perduram, como a propaganda nos carros de corrida ou a idéia de associar o cigarro a programas de responsabilidade social. São itens que, levados em conta, ainda podem fazer com que o jovem se impressione para fumar. Em nossa população, os dados sobre pai e mãe fumantes não foram estatisticamente significantes para o sucesso/recaída, observando também uma porcentagem de pai e mãe não fumantes na amostra. Isto não diminui a importância do modelo parental, mas não podemos deixar de pensar que, nesta faixa etária, outros fatores podem ser mais importantes. Neste sentido, campanhas de esclarecimento para a população e mensagens ressaltando a responsabilidade pessoal e social se fazem necessárias. Existem Organizações Não Governamentais (ONGs) no Brasil que atuam no sentido de mobilizar a sociedade civil para as questões que abrangem o tabagismo. Além disso, programas que atinjam a população de jovens na faixa do ensino fundamental, deveriam ser implementadas, pois é por volta dos 10 aos 14 anos que a maioria dos fumantes inicia seu hábito de fumar.

Sabe-se o quanto a motivação é importante para qualquer mudança comportamental. Prochaska desenvolveu uma avaliação que permite verificar em qual fase de mudança o indivíduo se encontra no momento do tratamento. Neste trabalho, a maior parte da amostra se localiza na “contemplação”, seguida da “preparação para ação”. É sabido que os

estágios de mudança são móveis, ou seja, o indivíduo não passa de um para outro e estaciona, por exemplo, no estágio da ação ou manutenção. Mediante dificuldades, ele pode voltar para um estágio inicial, e aí ocorre a recaída. Portanto, durante o processo de parada o participante do grupo tem que ser sempre trabalhado do ponto de vista da motivação. Nesse contexto, outra dúvida que às vezes surge é: por que tratar pessoas que estão em fase de pré-contemplação ou com uma motivação precária para o tratamento? A resposta é simples: algumas pessoas procuram o PAIF acometidas de algum problema de saúde, ou porque dentro de seu contexto familiar tornou-se importante parar de fumar, ou porque vão ser pais, ou porque é importante para seu casamento. Sempre se procura ressaltar que é importante que a cessação do cigarro se dê para seu próprio benefício e não pelos outros. Nem sempre este é um argumento que funciona, e recusar atendimento a alguém que pede ajuda é, sem dúvida, pouco ético. Nestes casos, procura-se esclarecer ao participante que, desta forma, o tratamento pode ser pouco eficaz, mas ele poderá fazer uma tentativa. Interessante ressaltar que 8,6% dos participantes (tabela 3), em fase pré-contemplativa, eram do grupo 2 (participantes abstinentes). Isto pode levar a crer que o grupo em si e o trabalho realizado em relação à motivação do grupo, como a ajuda às dificuldades do processo de parada, principalmente do ponto de vista emocional, podem ter feito a diferença.

Na literatura revisada, o único autor que se referiu à Escala de Prochaska - Haggstram et al. 2001 -, relatou que houve 30% de abandono de participantes da amostra de seu estudo, fato que pode ter ocorrido devido

a uma avaliação inadequada em relação àquela Escala de Prochaska para mudança de comportamento, pois a maioria dos participantes estava na fase da contemplação e preparação para ação. Mais duas hipóteses foram levantadas por este autor em relação à avaliação da Escala de Prochaska: procurar o tratamento por causa de insistência familiar e a valorização do prazer de fumar. Estas hipóteses são importantes para se levar em conta, com uma ressalva: a questão do prazer, vista como emoção positiva, repercute positivamente em relação ao aspecto psicológico do participante. Sendo assim, por que não pensar que, especificamente aqui, a outra hipótese seria a da dependência psicológica maior que a dependência física em relação ao cigarro? Será que ele não teria prazer também, caso conseguisse parasse de fumar, com o sucesso de sua conquista? Acreditamos que incluir pacientes em fase de “pré-contemplação” não seja inadequado, uma vez que a própria procura pelo tratamento pode ser considerada como motivação do fumante. Reforçamos a idéia de que seria anti-ético negar atendimento ao indivíduo. Aqui, mais uma vez, fica reiterado que a utilização da TCC possibilita a abordagem de indivíduos em diferentes fases de mudança de comportamento. O grupo é um veículo terapêutico que estas diferenças podem ser trabalhadas, já que os participantes podem observar em seus colegas dificuldades e percepções diferentes ou semelhantes, e aprender com eles.

Os outros estudos descritos na fundamentação teórica não se referiram, em nenhum momento, à questão da fase de mudança de comportamento. Outra hipótese para que esses estudos não tivessem

realizado a avaliação de mudança de comportamento, é porque, como se deu no presente estudo, as pesquisas foram realizadas com a busca de tratamento espontâneo por parte dos participantes, partindo-se do pressuposto que eles já estavam motivados para o mesmo. Mesmo assim, a pesquisadora achou adequado verificar o estágio de mudança de comportamento de forma objetiva, para verificar se o mesmo influenciaria o risco de recaída.

Uma das grandes preocupações do fumante é a recaída. Há pelo menos 14 anos quando o trabalho de tratar o fumante iniciou-se no Brasil de forma mais incisiva, esta palavra era muito temida por médicos e terapeutas. Vale esclarecer que se considera recaída quando o participante do programa volta a usar o cigarro no mínimo uma vez por dia, por sete dias consecutivos. A recaída deve ser vista diferente do “*slip*” ou “escorregada”, ocasião em que o participante pode “dar uma tragada” aleatória, não se configurando volta à adicção (Sonderskov et al., 1997; Presman et al., 2005).

No início, havia uma preocupação em não se falar muito de recaída, como se a palavra gerasse, para o fumante, uma “permissão” para ele não conseguir cessar o uso do cigarro. De alguns anos para cá, esta percepção mudou radicalmente. A recaída é sempre mencionada durante o processo de grupo, e participantes que têm histórico de recaídas freqüentes são incentivados a pensar como e porque recaíram, e como se sentiram. Dados apontam que o indivíduo pode tentar parar de cinco a sete vezes parar de fumar até conseguir ficar totalmente abstinente (Presman et al., 2005; Beck, 1997). Beck et al. (2004) apud Moorey (1994) falavam ainda em três

causas de recaída: estados emocionais negativos (ansiedade, depressão, raiva e frustração), conflitos interpessoais e pressão social. Estes aspectos também observados no presente trabalho, assim como indicadores de recaída. Nesta questão específica, foi observado que os participantes têm tendência a sempre indicar o motivo da recaída como responsabilidade de outras pessoas ou situações: “Eu voltei a fumar, pois minha mãe adoeceu, foi parar na UTI e, imediatamente, eu fui a um bar e comprei cigarros”. Note-se que, neste relato, a “culpa” por ter voltado a fumar foi pela doença da mãe, e não dele, participante. O que se faz com a utilização da TCC é levá-lo a perceber o conteúdo emocional existente na situação (uso do cigarro como redutor de tensão), e buscar, junto com ele, outra resposta a esta situação que não seja fumar. Importante é que não basta simplesmente utilizar uma técnica comportamental, como por exemplo, respirar ou tomar água para controlar a tensão. É muito mais do que isto: dentro dos preceitos da TCC, é fazer com que o indivíduo busque outras alternativas para situações iguais e use respostas semelhantes em situações semelhantes. Isto faz referência àquilo que Beck (1997) chamou de dotar o indivíduo de um repertório de respostas, e possibilitando que ele seja seu próprio agente de mudança. Sem a menor dúvida, quando ele consegue, sua auto-estima e autoconfiança melhoram (Bandura,1986). Relatos de pacientes como este são freqüentes: “Não acreditava que fosse capaz de parar de fumar; achei que fosse ser muito mais difícil. Na verdade, não sabia quem eu seria, sem o cigarro na mão”. Quando o fumante fica pelo menos um ano abstinente, passa a ser considerado como tendo tido sucesso total no tratamento

(Sonderskov et al., 1997; Presman et al., 2005). Assim sendo, nesta amostra, o período de abstinência de pelo menos dez meses e a constatação de que alguns participantes do grupo conseguiram ficar um ano sem fumar, é um resultado muito promissor. Tal resultado é confirmado pela Curva de Sobrevida de *Kaplan-Meier*, que projeta a amostra a um sucesso de 49,7% de abstinência em um ano, dado este maior que a estatística referida na literatura, através de inúmeros trabalhos (Fiore et al.,1994; Stapleton et al.,1995; Labbadia e Ismael, et al., 1995 b; Herrera et al., 1995; Kornitzer et al.,1995; Sonderskov et al., 1997; Hurt et al., 1997; Hays et al., 2001; Haggstram et al., 2001; Comuz et al., 2002; Issa 1998 e 2006,no prelo). Rosemberg (2003), após exaustiva pesquisa em mais de mil referências bibliográficas em seu último livro, demonstrou que o maior índice de abstinência referido é de 30%, com uso da bupropiona, e 17% com reposição de nicotina. Nos vários trabalhos levantados para esta pesquisa, os índices são, a princípio, bons, mas diminuem muito ao final de um ano, inclusive para as amostras que utilizam só o antidepressivo. Haggstram (2001) falava em 27% de sucesso, utilizando somente a TCC com fumantes. Nosso estudo sugere que, em situações onde a TCC puder ser associada à medicação para trabalhar conjuntamente as duas dependências, o resultado será maior sucesso em tempo de abstinência.

6.2 A questão da dependência

Uma vez que a nicotina tem o chamado efeito psicoativo (gera dependência física e psicológica), faz com que o indivíduo necessite dela cada vez mais, além de promover alteração emocional e comportamental. Sendo assim, uma vez suprimida, ou na tentativa de suprimi-la do organismo, o indivíduo apresenta a chamada Síndrome de Abstinência: palpitação, falta de ar, tremores, sudorese, ansiedade elevada, irritabilidade, dor de cabeça, contingências que fazem com que ele volte rapidamente ao uso do cigarro. Isto sem mencionar a repercussão emocional causada pela falta do cigarro, com o aumento do estresse.

Os motivos mais freqüentes relatados para recaída foram estresse e ansiedade. O estresse foi muito referido por homens e mulheres, sobretudo pelos homens, como motivo principal para voltar a fumar (Rondina et al., 2003; Issa et al. 1998; Presman et al. 2005). Rondina et al. (2003) referiram que, apesar de muitos trabalhos da literatura tentarem associar tabagismo e ansiedade, não foi possível estabelecer esta associação de forma significativa, observando maior associação entre tabagismo e depressão. Rosemberg (2003) também mencionou uma associação entre estresse, depressão e tabagismo, classificando-os como fatores extrínsecos. Dizia ainda que homens fumam mais por estresse e depressão (o que vem ao encontro dos resultados de significância estatística desta pesquisa), ressaltando que o mesmo se dava com as mulheres, porém em menor grau. Nelas, a depressão apresenta-se com maior freqüência. Issa et al. (1998)

descrevia a relação que há entre o efeito da nicotina no cérebro, mais especificamente na região cerebral chamada *locus cerúleo* (que promove a regulação do sono), reações desencadeadas por estresse e manifestações psicossomáticas. Utilizando este foco para análise, uma vez em abstinência, a ansiedade aumenta, dificultando ao indivíduo agir adequadamente no momento (ele parece não ter um repertório de ação adequado às situações). Como exemplo, vivenciando estresse, ele sofrerá uma recaída. Na verdade, se ocorre aumento de ansiedade pela falta da nicotina, o indivíduo pode estar exposto a situações que são consideradas ansiogênicas.

Durante a realização dos grupos de tratamento, foi possível observar que um dos pontos fundamentais era fazer o participante perceber as situações de ansiedade e, antes que entrasse em estresse pontual ou constante, ele deveria tentar achar uma solução para a situação. Rosemberg (2003) confirmou tais descobertas, pois na ocasião em que o estressado parar de fumar, se ele tiver aprendido outras formas de lidar com o estresse, mais dificilmente virá a recair, pois se sentirá mais tranqüilo. É comum, no grupo de tratamento, alguns participantes referirem que se sentem mais calmos e que as pessoas à sua volta acham que seu temperamento melhorou. Já os médicos têm uma tendência maior a dizer que isto ocorre pelo uso do antidepressivo. Na verdade, o uso de medicação é limitado no tempo, e no caso de a abstinência se manter por um período longo (acima de seis meses e por pelo menos um ano), pode-se dizer que o manejo do estresse e das emoções foi importante. Ou seja, ajuda-se o indivíduo a

encontrar formas de ação que não sejam fumar para a resolução de problemas.

No outro extremo, existe uma crítica realizada em relação a fazer esta abordagem conjunta de tratamento, isto é, medicamentos concomitantemente com a TCC. A ressalva baseia-se na hipótese de que o fumante fuma exclusivamente por ter problemas psicológicos, que não se referem só à questão da dependência. Isto, na experiência do PAIF, é parcialmente verdadeiro. É fato que muitos participantes, após o término do trabalho, pedem para ser encaminhados para terapia, pois percebem com mais clareza haver outros problemas em suas vidas, além da questão do fumo. Algumas verbalizações de participantes mostram isto: “Depois que deixei de fumar, as coisas ficaram mais claras na minha cabeça”; “Parece que, quando eu fumava, tinha uma fumaça na minha cabeça que não me deixava ver as coisas adequadamente”. Um paciente, que tinha dificuldades com a assertividade, relatou: “Parece que parar de fumar me deu liberdades que antes eu não tinha. Hoje eu falo o que me incomoda e não engulo mais sapos. Antes, eu só fumava”. A mudança de comportamento e suas conseqüências são importantes porque o fazem olhar para dentro de si, permitindo uma busca de seu verdadeiro eu, e isto sem o cigarro.

O que Rondina et al. (2003) pontuaram é que a relação entre ansiedade e tabagismo varia de acordo com o tipo ou diagnóstico do distúrbio de ansiedade. Em alguns trabalhos levantados por estes autores, o que se verificou é que não há relação direta entre tabagismo e Transtorno Obsessivo Compulsivo. O tabagismo pesado (mais de um maço de

cigarros), na adolescência, poderia ser associado a um risco maior de ocorrência de transtorno de pânico, agorafobia e ansiedade generalizada na vida adulta. Frente a estes fatos, na presente pesquisa, a única ocorrência observada foi à ansiedade generalizada, referida pelos próprios participantes da pesquisa, lembrando que estes iniciaram sua adicção no período da adolescência. No presente trabalho, não foi utilizado nenhum instrumento para avaliar a ansiedade especificamente, pois a própria literatura refere que a ansiedade não mostra uma relação direta com a manutenção do tabagismo. No entanto, nestes indivíduos, o uso do cigarro pode ter relação com Transtornos de Ansiedade. O próprio questionário de Motivos e Objetivos para fumar (Christen e Cooper, 1979) refere o fumar para reduzir a *tensão*. Vemos a redução de tensão como resultante da redução do estresse por falta da nicotina.

Rosemberg (2003) era de opinião contrária, acreditando que existe uma ligação entre ansiedade e tabagismo. Em nosso entender, sua menção reforça o aspecto gerador de estresse pela ansiedade de não ter o cigarro. O autor reforçava o fato de que o adolescente é mais vulnerável à nicotina, gerando uma dependência mais intensa na idade adulta. Esta população específica tende mais a sofrer de depressão. Mencionou, ainda, que quem fuma antes dos 14 anos de idade tem duas vezes mais dificuldade em parar de fumar. Isto vem ao encontro de um dos indicadores de recaída observados no presente trabalho, que aponta a seguinte proporção: quanto mais longo o tempo como fumante, maior chance de recaída. Outra discussão proposta é a de que o tabagismo parece estar associado ao

transtorno de depressão maior e alcoolismo. Rondina et al. (2003) concluíram seu texto mencionando que mais estudos referentes à relação direta entre tabagismo e psicopatologia devem ser realizados, com amostras maiores, para que seja possível definir melhor como é esta relação em cada comorbidade. Reitera-se aqui este fato, para que em continuação a esta pesquisa possa ser investigada mais a fundo a questão da ansiedade nestes fumantes. Em nosso estudo, o que aparece como fator de risco para recaída são níveis mais elevados de depressão e estresse.

Neste contexto, torna-se importante analisar os dados de motivos e objetivos referidos por estes indivíduos para fumar (Christen e Cooper, 1979). Foi observado que o índice de *Prazer* em fumar, para o grupo 1, é superior em relação aos demais. O prazer está muito ligado aos aspectos emocionais (emoção positiva) do fumar, e é um conceito muito abstrato e subjetivo. É comum ouvir os pacientes relatarem: “Fazer certas coisas, como ir à praia, tomar uma cerveja com amigos, ir a uma festa sem fumar, parece não ter mais graça”. A nicotina promove liberação de dopamina, que gera euforia e prazer, e é um dos principais componentes da dependência física e psicológica. Sendo assim, o fumante pode querer continuar a fumar para ter este “prazer maior” sentido ao fumar. Outro aspecto importante é relativo à depressão: sabe-se, pela literatura, que o cigarro pode ser utilizado como auto-medicação, em indivíduos que tendem mais a ser depressivos, ou a ter níveis de depressão mais elevados (Perez, 2004; Dale et al. 2001). No presente estudo, comparativamente ao prazer e euforia para fumar, a

depressão foi analisada como um fator de risco relativo de recaída mais significativo.

Para verificar o índice de Saúde Geral dos participantes da pesquisa, assim como ausência de distúrbios mentais, os mesmos foram avaliados através do QSG: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no desempenho, distúrbios de sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral. Quanto ao QSG, a classificação geral (ajustada para o sexo) demonstrou que os pacientes encontram-se abaixo da mediana e abaixo do percentil 85. Isto indica um índice de saúde geral adequado. O mesmo ocorre para ambos os sexos, quando analisados separadamente. Quando realizada a curva de vida para este item, foi possível observar que o estresse psíquico e o desejo de morte têm uma tendência a ser estatisticamente diferentes entre os grupos, apesar de eles serem saudáveis e compatíveis com a população normal. Isto vem ao encontro de alguns relatos referentes à questão do estresse, confirmando-o como fator importante na recaída dos participantes deste estudo. Apesar de serem “saudáveis”, algumas peculiaridades merecem análise mais aprofundada. Por exemplo, foi observado que, em relação ao desejo de morte, o mesmo pode estar relacionado ao fato de os participantes sentirem, na fase do pré-estudo, desesperança em conseguir parar de fumar. Ou pode até mesmo estar relacionado ao nível de depressão mais elevado encontrado nas respostas do BDI. Infelizmente, como a maioria dos participantes não compareceu à sessão marcada trinta dias após a sexta sessão, não foi possível conseguir dados do QSG pós-

tratamento. Estudos futuros devem pesquisar a questão para verificação real da avaliação em relação à cessação do hábito do cigarro.

O BDI, por sua vez, confirmou que níveis mais elevados de depressão estão relacionados à possibilidade de recaída ou mesmo, como no caso do grupo 1, impossibilidade de parar de fumar. Nestes casos, o cigarro pode ser visto como um “antidepressivo” que ajuda a manter o “ânimo” dos participantes, além do efeito de aumento da sensação de prazer, efeito este gerado pela nicotina no cérebro. Outro aspecto interessante foram os dados dos 14 participantes que aceitaram fazer o BDI no pós-tratamento, demonstrando que o nível de depressão melhorou para eles. Isto pode reforçar o fato de que tratar o indivíduo do ponto de vista cognitivo, ajudando-o a lidar com suas angústias e estresse, tem efeito positivo do ponto de vista emocional. Os grupos 1 e 3 (figura 9) têm níveis de depressão maiores que o grupo 2, e a comparação entre o pré e pós-tratamento (figura 10) indica que até mesmo os participantes do grupo 3 mostraram um nível de depressão significativamente menor. A literatura reforça a associação entre tabagismo e transtornos depressivos. Já é comprovado o baixo índice de sucesso na cessação do cigarro em fumantes deprimidos (Rondina et al. 2003).

Outro fato observado é que o indivíduo depressivo, ao parar de fumar, pode ter um agravamento da depressão pela falta da nicotina, mantendo-se, então, o quadro clínico, ou mesmo provocando novo surto depressivo (Glassman et al. 2001; Laje et al. 2001; Rondina et al. 2003). Talvez por este motivo, estes indivíduos deveriam ter um período maior de

acompanhamento para que melhores índices de abstinência pudessem ser obtidos.

Dados da prática dos atendimentos no PAIF mostram que o sexo feminino tem dificuldade em lidar com a perda do cigarro, manifestando, geralmente, tristeza por isso. Aqui, mais uma vez fica evidenciado o fato de o cigarro exercer papel de “companheiro” e “bengala” em situações difíceis. Certa vez, em um grupo de estudo, uma das participantes relatou, em lágrimas: “Está muito mais difícil hoje lidar com a perda do cigarro do que com a perda de meu irmão, há um ano”. Que lugar, então, ocupa o cigarro? É comum observar, nos grupos de tratamento, principalmente com mulheres, que as mesmas entram em uma profunda tristeza após abandonar o cigarro. Parece que há uma necessidade de vivenciar o luto pela perda do cigarro, “do amigo” das horas tristes, dos momentos de solidão. É como se elas precisassem re-significar o lugar que o cigarro ocupava, com algo que lhes dê prazer e alegria. Esta é uma questão importante que deveria ser abordada em futuras pesquisas, pois pode trazer contribuições significativas para o tratamento do tabagista. Dentro da visão da TCC, tais indivíduos deverão ser levados a pensar que tipo de relação está sendo estabelecida e o que de fato nela está subentendido. Sendo assim, níveis de depressão podem ter relação direta na causa do tabagismo, inclusive pela via do luto. Como a nicotina age nos sistemas neuroquímicos, (acetilcolina, dopamina e noraepinefrina), estes sistemas reguladores do humor, quando alterados, favorecem a recaída - é por este motivo que se investigam, através do questionário, emoções ligadas a afetos positivos e negativos. Nesta amostra,

foi observado que, quando o sexo feminino se apresentava “zangado”, indicava significância estatística para recaída, ou seja, resposta à raiva incontrolada. Não foi possível detectar mais aspectos em relação às outras emoções positivas e negativas, talvez devido ao tamanho da amostra do presente trabalho. Futuramente, um estudo realizado com uma população maior poderia trazer à luz outras relações a serem estudadas.

É comum, na literatura, observar que, quanto maior a dependência física do cigarro, maior a dificuldade em parar de fumar (Hurt et al. 1997; Haggstram et al. 2001; Herrera et al. 1995; Hays e al. 2001; Dale et al. 2001; Jorenby et al.1999). Na experiência de muitos anos do PAIF, observa-se que os indivíduos com alta dependência não são, necessariamente, àqueles com maior dificuldade em parar de fumar, mas sim os que parecem ter mais medo de fazê-lo. Os indivíduos que têm dependência muito baixa ou baixa, que fumam poucos cigarros por dia (em torno de 3 a 5), são aqueles que apresentam, em nossa experiência, maior dificuldade para parar. Neste caso, a hipótese é que a dependência física não parece ser a mais importante, e sim a psicológica. Nos resultados obtidos, observa-se que, apesar de os 3 grupos não terem apresentado diferenças estatisticamente significantes, isto é, assemelharem-se na média do Fagerström, o grupo 1 obteve uma média menor. Quando comparados os resultados do Fagerström com o grau de vício da nicotina, (resultados obtidos dos motivos e objetivos para fumar), o coeficiente de *Spearman* confirmou o dado, pois os grupos 1 e 3 tiveram um coeficiente menor que o grupo 2. Fica, portanto, demonstrado que um nível menor de dependência

à nicotina pode ser um fator predisponente à recaída. Mais uma vez isto reforça a necessidade de realizar tratamento conjunto, TCC e medicação, e não ficar na radicalização de tratar a dependência como apenas física ou psíquica.

5.3 O fenômeno da recaída *versus* sucesso do tratamento

De um modo geral, o sucesso do tratamento de cessação do cigarro é avaliado pela abstinência/ausência de recaídas. Todavia, esse fenômeno não deveria ser visto isoladamente, pois se vincula aos fatores anteriormente apontados bem como ao nível de investimento do participante em seu tratamento. Nessa perspectiva a adesão passa a ser um aspecto importante a ser considerado.

O risco de recaída associa-se ao tempo de fumo: através da regressão de Cox, encontraram-se alguns dados que podem ser considerados como risco relativo de recaída: quanto mais tempo o participante fuma, maior será a probabilidade de ele recair. Tal item reforça a hipótese levantada anteriormente, de que se o indivíduo inicia o hábito do fumo muito cedo, fica mais difícil a cessação pela associação do cigarro a episódios de ansiedade generalizada geradoras de estresse. Não se encontraram, na literatura revisada, dados que avaliassem a questão, a não ser por Rosemberg (2003), que levantou a hipótese de que se o fumante iniciou o hábito de fumar muito cedo, ele “incorpora” o cigarro em sua vida. Esta hipótese também pode estar relacionada ao fato de que o jovem tem, geralmente,

mais ansiedade geradora de estresse. Se não for adequadamente cuidado, estabelece associação do fumar às situações de vida (de alegria, tristeza, ao se alimentar, entre outras). Tais comportamentos tendem a ficar mais complexos com o passar do tempo, e o fumante passa a agir em função do cigarro.

Paradoxalmente, nessa população, fumar cigarros de baixo teor de nicotina e em menores quantidades associou-se a maior risco de recaída. Isto contraria a crença popular de que fumar cigarros mais fracos, ou com baixos teores de nicotina, facilitaria abandonar o vício do cigarro. É necessário, aqui, analisar dois aspectos: o primeiro diz respeito a uma imagem inadequada que a indústria do cigarro tenta passar, quando divulga que o cigarro “*free*” ou “*light*” é menos nocivo à saúde. Sabe-se que isto não é verdade. Para que o indivíduo tenha a mesma saciedade equivalente à do cigarro mais forte, ele provavelmente terá que fumar quase o dobro da quantidade em cigarros mais fracos. Muitos fumantes de grupos da pesquisa relataram ter percebido este fato, quando tentaram trocar o cigarro habitual por um mais fraco. O segundo aspecto diz respeito a fumar menor quantidade de cigarros, quando é possível perceber que os indivíduos parecem ter uma ligação, do ponto de vista emocional, mais forte em relação ao cigarro. Eles relatam, de forma clara e objetiva, o quanto lhes é difícil ficar sem dois ou três cigarros por dia. São pessoas mais resistentes ao tratamento, que adiam algumas vezes o momento de parar de fumar, e recaem mais facilmente do que aqueles que fumam grandes quantidades de cigarros por dia. Este é um outro fato que vem a reforçar a importância de

se tratar os indivíduos do ponto de vista emocional, pois, em casos assim, alguns profissionais não optam nem por dar medicação, devido à baixa quantidade de cigarros que fumam. Nestes casos, a parada abrupta do cigarro seria a mais indicada. Trabalhos como os de Dale et al. (2001), e Hays et al. (2001), indicavam exatamente o contrário, fumar menos propiciaria menos recaídas.

Por outro lado, a constância no hábito de fumar parece estar associada ao receio dos sintomas de abstinência. O fato de os participantes fumarem sempre a mesma quantidade de cigarros pode estar ligado à dependência física e psicológica, ou mesmo por medo de tentar e não conseguir parar. Isto pode estar relacionado ao fato de que, em situações nas quais o indivíduo já fez tentativas anteriores de parar, a chance de recaída é menor (outra constatação do presente trabalho). Ambos os fatos podem estar ligados à questão das tentativas para parar de fumar, seja diminuindo, seja parando com o cigarro por algumas horas ou dias, fato que incita o fumante a perceber qual é sua limitação, e como ele pode lidar com as situações sem o cigarro. Sabe-se que de cinco a sete tentativas antes da parada total é fato considerado normal no processo de cessação do cigarro. O indivíduo fica preparado para lidar com as situações que envolvem a abstinência e o estresse, possibilitando uma melhora no repertório de suas respostas a cada recaída. Dois trabalhos fizeram menção a tais aspectos: o de Presman et al. (2005) e o de Dale et al. (2001). Portanto, é importante enfatizar para o indivíduo que ele nunca deve desistir de tentar parar de fumar, se é isto realmente o que deseja. Não se deve enfatizar sua impotência anterior, e

sim usar o motivo da recaída para análise da situação do ponto de vista cognitivo. Com isso será possível buscar alternativas para situações iguais ou semelhantes. É um resgate constante de situações positivas nos eventos de fracasso para fortalecer seu processo de cessação do cigarro de forma mais realista. Muitos dos fumantes que chegam até nós em busca de tratamento mostram-se descrentes, pois se acham incapazes de chegar ao sucesso por terem falhado anteriormente.

A importância do ambiente onde o fumante reside também é reforçada no presente estudo. Observou-se que morar com outros fumantes pode ser indicativo de risco de recaída conforme estudos de Dorea e Botelho (2004) e Dale et al. (2001) que também corroboraram tais resultados. É comum os participantes referirem este tipo de dificuldade, pois o cônjuge fuma, ou então os pais e/ou irmãos. Rosemberg (2003) também ressaltou que o grau de dependência tem relação com a exposição tabágica nos ambientes sociais. Uma das formas utilizadas como técnica de controle comportamental é justamente o fumante tentar tirar de perto de si tudo que possa lembrar o cigarro e o hábito de fumar. Ou, então, sair do local onde possa fazer qualquer associação com o cigarro, Procedendo à quebra do condicionamento. Mas trabalhar com os “gatilhos” não se reduz a aplicabilidade de técnicas comportamentais. O fumante não pode passar seu tempo a evitar situações ou deixando de realizar coisas, o que afetaria seu dia a dia. Não podemos tratá-lo como um ser que possa ser programado. Existem algumas confusões em relação ao uso da TCC. Meirelles e Gonçalves (2004) faziam menção ao uso da “Abordagem Cognitivo-

comportamental” para o fumante, explicando que o médico deve “Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar (PAAPA) o fumante. Estas são as fases da ‘Abordagem Mínima’, preconizada pelo Instituto Nacional do Câncer. Ressalta-se que, apesar de baseada nos princípios da Abordagem Cognitiva, a proposta não se caracteriza como TCC, ou como processo terapêutico senso estrito. A TCC, ao contrário do que se pensa, não preconiza que todos os indivíduos devam ser ou agir igualmente. Este tipo de terapia é mais eficaz quando adaptada às condições da personalidade do indivíduo. Justamente, a TCC irá fazer com que eles consigam compreender melhor estas situações de comportamentos condicionados para desenvolver técnicas de enfrentamento das mesmas, além dos sentimentos suscitados por comportamentos, frustrações e dificuldades que permeiam o processo de cessação do cigarro. Quando se acessa a literatura referente ao uso da TCC, percebe-se que há certa confusão com a utilização e formas inadequadas de se fazê-lo. Em alguns casos, é possível aconselhar o fumante a evitar uma determinada situação, até que ele se torne mais “forte” para enfrentá-la. Já ouvimos vários relatos do gênero: “Decidi não sair para a balada com os amigos por algum tempo, pois se beber vai ser mais difícil eu controlar a vontade de fumar”; ou “Vou a todos os lugares, fico perto de fumantes, tomo café e bebo uma cerveja. Acho que só vou conseguir acabar com este vício se enfrentar a situação”. Outra forma de enfrentamento pode ser: “Parei de fumar, mas ainda tenho o cigarro guardado comigo. Quando me sentir mais seguro, jogarei o cigarro fora”. Esta é uma forma de enfrentamento em que o indivíduo, em processo de parada, usa o cigarro

como segurança. Assim, na eventualidade de sentir vontade, sabe que o cigarro estará lá, apesar de que, na verdade, ele não vá fumá-lo. Prosseguindo :” Eu fico com o maço de cigarros pois, quando tenho vontade, olho para ele e penso: não vou fumar”. Percebem-se claramente, aqui, os mecanismos de enfrentamento, uns menos, outros mais desenvolvidos, dependendo das diferenças individuais de cada um.

Sabe-se da ação da nicotina como estimulante, na melhora da atenção e concentração. Rosemberg (2003) falava ainda que a nicotina favorece as sinapses do hipocampo, repercutindo na cognição e memória por ação colinérgica. Mesmo tendo a sensação de uma melhora na memória e concentração, na verdade o que ocorre é que a nicotina prejudica a função cognitiva, fazendo com que o cérebro fique menos oxigenado e mais lento. Uma vez suprimida a nicotina, o rendimento cai, o fumante fica mais lento e, para voltar a ter a mesma “disposição” de antes, (*precisa fumar*) e é exatamente por isso que sofre recaída. É comum ocorrer o relato: “Não consigo pensar sem o cigarro na mão, parece que fiquei mais lento”; ou “Preciso ler as coisas duas ou três vezes para entender o que está escrito”. É como se o cigarro “ajudasse” a desempenhar melhor as tarefas.

Outra análise feita sobre o risco relativo de recaída (Modelo II) mostrou que a dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos pode favorecer a recaída. Isto parece estar relacionado ao receio do estresse gerado pela ansiedade, que pode levar o indivíduo a ter fissura e, assim, deixa-lo mais resistente à cessação do cigarro. Já tratamos de indivíduos que evitavam certos locais pela proibição de fumar, como cinemas, teatros e aviões.

Outros aspectos levantados foram aqueles ligados a emoções positivas (quando entusiasmado) e negativas (dó de si próprio, insatisfação no trabalho e com a vida sexual). Como discutido mais acima, sabe-se que aspectos pessoais e psicossociais inadequados podem levar a um aumento de ansiedade, com conseqüente estresse e este, por sua vez, se não for bem resolvido, pode levar à recaída. A TCC pode ajudar estes indivíduos a se perceberem mais enquanto pessoas, fazendo com que eles consigam enfrentar seus problemas, e não adiá-los ou sublimá-los através do fumo.

Apesar de o presente estudo apresentar limitações numéricas, trouxe importantes contribuições em relação a riscos de recaídas: número de anos que o participante fuma (maior), número de cigarros fumados por dia (menor), ter fumado sempre a mesma quantidade de cigarros por dia, morar com outros fumantes, teores baixos de nicotina no cigarro em relação ao médio e alto, ausência de tentativas anteriores para parar de fumar, freqüência baixa de participação nas sessões de tratamento, utilização do cigarro como estimulante, em situações de entusiasmo, impossibilidade de conseguir permanecer em locais onde o fumo é proibido, situações nas quais há referência de ter dó de si próprio e na manifestação de pouca satisfação em relação ao trabalho e à vida.

5.4 Efetividade e satisfação em relação ao programa

Os participantes da pesquisa relatam que o apoio psicológico e a interação com o grupo de tratamento foram importantes porque realmente foi

possível tratar o fumante no seu todo. Quanto ao grau de satisfação em relação ao programa, 53% da amostra geral sentiram-se satisfeitos em relação ao apoio psicológico, seguido da interação com o grupo (16%). Se for verificada a satisfação em relação aos grupos, o grupo 3 (que recaiu) apresenta maiores índices de satisfação (77%) em relação aos grupos 1 e 2. Mesmo que eles tenham recaído alguns meses depois, continuam achando que o programa foi satisfatório. Talvez eles tenham se sentido bem acolhidos e tratados na sua totalidade. O grupo proporciona a visão de que o problema de cada qual pode ser compartilhado com outras pessoas, que têm problemas semelhantes, e que, do ponto de vista emocional, se sentem da mesma forma. Há relação com dois processos existentes nas intervenções em grupo, chamados identificação e comparação.

Quando a frequência às sessões de tratamento foi analisada, demonstrou que, quanto mais o participante aderiu ao programa e participava efetivamente do processo, maior era o índice de sucesso. Também, mais do que simplesmente participar do processo, o desejo de mudar algo nele mesmo, que está ruim ou desagradável, pode ter feito a diferença. Este fato pode estar relacionado ao trabalho que é realizado pelo psicólogo em cada sessão, utilizando a TCC como base, no sentido de abordar as angústias do processo de cessação do cigarro e motivação. Reforça, igualmente, a questão já levantada da necessidade que o fumante tem de ser cuidado e acolhido, não só do ponto de vista físico como psicológico, não esquecendo o aspecto do desejo de mudar. Demonstra porque talvez tratar exclusivamente a dependência física não funcione tão

adequadamente como tratar os dois tipos de dependência. Se fosse assim tão simples - somente com o uso da medicação -, o fumante conseguiria parar de fumar. Uma crítica possível a fazer a este trabalho seria a de não ter sido realizado um grupo-controle, em que os participantes viriam ao hospital para mensurações e orientações, sem estar efetivamente sendo tratados pela TCC. Isto porque é possível supor que somente o fato de ir ao hospital possa ter sido um fator motivador para a cessação do cigarro, tendo um efeito terapêutico em si mesmo. Apesar desta crítica, a psicóloga que coordena o PAIF há 14 anos não acredita que apenas a visita ao hospital gere resultados positivos. Apesar deste potencial efeito terapêutico da vinda ao hospital, o pressuposto do PAIF é enfatizar o mais necessário para gerar resultados positivos no tratamento, que é o apoio psicológico. Este, sem dúvida, aumenta a abstinência da nicotina- hipótese esta confirmada pelo maior nível de sucesso dessa proposta. Isto não exclui a validade de se conduzir, em outro contexto, estudo comparativo entre grupos com e sem TCC, com uma população maior.

Finalmente, a importância da frequência no tratamento, necessária pelo fato de que, sem acompanhamento, o participante não compreende seu modo de ação enquanto fumante, não trabalha suas crenças disfuncionais em relação ao fumar, e não segue corretamente a orientação médica. Isso tudo pode levá-lo a recaídas. A pergunta que fica é: por que o programa não foi eficaz com os grupos 1 e 3, já que os mesmos não apresentavam diferenças estatisticamente significantes? Ou seja, não parecia haver associação entre as variáveis analisadas. Talvez as questões ligadas ao

estresse, depressão, ao prazer e ao desejo de morte devessem ser mais bem investigadas, com uma população maior e instrumentos diferenciados. Esta é uma sugestão que fica para estudos futuros.

A forma como o programa é desenvolvido está no Anexo F. É importante notar algumas peculiaridades. É sempre prevista a realização de uma sensibilização na primeira sessão, expondo as questões do tabagismo e deixando o grupo trazer um pouco de seu perfil enquanto fumantes. Aqui se faz importante levantar algumas peculiaridades. Cada participante é encorajado e convidado a dizer para o grupo quem é e porque ele decidiu parar de fumar. A cada situação por eles referida, já se inicia um processo de reestruturação cognitiva dentro dos preceitos da TCC. Parte-se do princípio de que, se os participantes conhecerem como eles são enquanto dependentes, poderão desenvolver melhores técnicas de enfrentamento das situações geradoras de estresse e ansiedade. Outro aspecto que vem ao encontro do trabalho de Haggstram et al. (2001) é que se procura tratar o fumante como um ser único, mesmo estando ele em grupo. É importante respeitar os limites que eles têm em relação à cessação, sem perder de vista o andamento do grupo. Sendo assim, o terapeuta deve: evitar ser moralista, ser solidário com o participante, ser flexível, sem, contudo, deixar de ser diretivo em algumas situações (Moorey, 1994). Por exemplo: quando se estabelece uma data para cessação, é possível permitir que o participante a “estique” um pouco, evitando, porém, desdobramento em várias prorrogações, atitude típica do fumante que tende a resistir ao processo. No caso do PAIF, orienta-se o uso da medicação um pouco diferenciado do que

preconiza o fabricante do medicamento: ele toma a mesma quantidade de remédio, na mesma dosagem, só que, ao invés de o indivíduo continuar fumando e parar uma semana depois, a orientação é feita de forma diferente. É estabelecida uma escala por escrito, de acordo com a quantidade de cigarros fumados por cada um e, a partir do momento em que é iniciada a medicação, a quantidade de cigarros é reduzida em quinze dias. Por que se faz isto? Geralmente, a medicação antidepressiva leva pelo menos quinze dias para proporcionar efeito terapêutico. Portanto, a partir do momento em que o número de cigarros é reduzido, a medicação exerce a função de um controle maior da ansiedade, para que o indivíduo consiga parar de fumar de forma mais tranqüila. Com isto, ele se observará em relação às dificuldades do processo de parada, que são discutidos em cada sessão subsequente. Uma menção sobre a diferença entre parada abrupta ou gradual: apesar de muitos autores recomendarem a parada abrupta ao invés da gradual, não existe nenhum dado que demonstre que esta última seja preferível (Presman et al. 2005, 2006). O que parece estar de acordo no presente trabalho e a referida autora é o fato de ser necessário verificar qual o perfil do fumante. Durante o processo, ele mesmo pode fazer referência a não conseguir parar abrupta ou gradualmente. Isto pode ser verificado com o andamento da sessão, mas é muito importante que a escolha do fumante seja respeitada.

Nestas sessões, trabalha-se com técnicas de controle comportamentais e dicas para ajudar no autocontrole. Utiliza-se o adiamento, para saber lidar com o primeiro cigarro da manhã, controle de

estímulos, o pensamento automático, a dessensibilização sistemática, exercícios de respiração e relaxamento. A diferença com outros trabalhos que mencionam a utilização da abordagem cognitiva é que, no processo de parada, o maior destaque são os sentimentos e emoções. A assertividade é enfatizada, e, a partir da quarta sessão, o foco será a prevenção de recaída. Nunca se deve punir o participante, mesmo que ele tente fazer algo diferente (o que é muito comum, como por exemplo, tentar mudar por conta própria o processo de parada). Percebe-se não só pelo resultado estatístico significativo em relação ao apoio psicológico, mas também pelos relatos, durante o processo terapêutico, o quanto é fundamental para eles serem compreendidos e acolhidos na sua dependência. Hoje, tanto a família como a sociedade punem o fumante, seja de forma velada ou explícita. O processo grupal é extremamente positivo para ele. A maior prova disto é que aqueles que sofrem recaídas têm tendência a voltar para o grupo sem culpa ou constrangimento. Outro ponto importante é que o acesso ao terapeuta sempre é muito fácil, em qualquer dia e horário. Eles têm liberdade de procurar ajuda quando precisarem, e, mesmo assim, não abusam desta vantagem. Paralelamente às sessões, é utilizado um material de ajuda complementar que, além de servir para consulta do participante, é mais um incentivo à prevenção de recaídas. Nestes 14 anos de experiência, o programa sofreu modificações para que pudesse se adaptar melhor ao perfil dos participantes e aos progressos neste campo de atuação. O formato utilizado para esta pesquisa foi recentemente modificado pela autora do presente trabalho. Os grupos passam a ter oito sessões, sendo seis

seguidas e duas com intervalos de quinze dias a partir da sexta sessão. Isto permite que o terapeuta possa acompanhar melhor o fumante na fase mais difícil da parada, ou seja, a partir da segunda sessão. Foram introduzidos novos materiais de auto-ajuda em cada sessão, relacionados ao assunto a ser discutido naquele dia. Foram introduzidas, também, dinâmicas de grupo, nas quais situações são relatadas aos participantes em relação ao hábito de fumar, para verificar como eles utilizam os recursos de enfrentamento trabalhado durante as sessões de tratamento. Geralmente, são situações reais, tiradas de relatos dos próprios voluntários que participam dos grupos. Por exemplo: “Se você está sozinho em casa e resolve encontrar amigos no bar, para beber, você toma uma cerveja e vem a vontade de fumar. O que você faz?” Cada participante é encorajado a dar sua opinião, surgindo, assim, mais um momento onde crenças disfuncionais podem ser trabalhadas com eles.

Em suma, os dados do presente trabalho indicam que é possível ter índice de sucesso maior do que os usualmente reportados, com uso exclusivamente de medicamentos. Através da introdução do manejo das questões psicológicas envolvidas, a TCC, neste estudo, traz contribuições importantes pelo tipo de abordagem, ensejando ao indivíduo responsabilidade por si mesmo.

Além disso, observa-se que esta proposta é bem acolhida por aqueles que procuram espontaneamente o programa. O presente estudo levantou, inicialmente, fatores de risco de recaída nessa população. Apesar de exigir estudos mais aprofundados em populações maiores, traz importantes

indícios na forma de customizar os programas de tratamento. É possível também notar que se contrapõe, inclusive, a uma série de crenças leigas sobre aspectos que facilitem ou dificultem o sucesso do tratamento.

6 CONCLUSÃO

Os dados relacionados e discutidos permitem concluir que o PAIF realizado no Hospital do Coração é eficaz, uma vez que 57,4% dos participantes ficaram abstinentes por dez meses e a Curva de Sobrevida (manutenção da abstinência) calculada para doze meses tem a projeção de 49,7%, índice melhor do que o reportado pela literatura : de 25% a 30% de sucesso em um ano, somente com o uso da medicação. A utilização da Terapia Cognitivo-comportamental, ao invés da simples inclusão de técnicas comportamentais, parece ser o diferencial a contribuir para a efetividade do programa.

Os participantes manifestaram opinião favorável ao programa, valorizando o apoio psicológico e o formato de grupo nos atendimentos – essa opinião foi referida mesmo por aqueles que recaíram após sete meses de tratamento. Provavelmente isso ocorreu em virtude do que já foi mencionado anteriormente, ou seja, que o fumante precisa ser compreendido, além de ser apoiado e bem acolhido.

Foi possível estabelecer fatores de risco relativos para a ocorrência de recaída, o que favorece um melhor cuidado na abordagem destes indivíduos na realização de grupos futuros. Esses fatores estão listados a seguir, sendo que alguns contrariam a expectativa leiga:

- estresse pode ser considerado importante para recaída;
- níveis maiores de depressão;
- baixa frequência nas sessões de terapia;

- número de anos que o participante fuma: a cada ano a mais o risco de o indivíduo recair aumenta em 1,061 vezes;
- número de cigarros fumados por dia: a cada cigarro a **menos** que o participante fuma, a chance de ele recair aumenta 1,052 vezes. O fato indica que, em média, aqueles que fumam menos cigarros, em média, podem recair mais facilmente;
- ter fumado sempre a mesma quantidade de cigarros: risco de recair em 9,009 vezes maior;
- morar com outros fumantes: o participante tem 3,145 vezes mais chance de recair;
- teor de nicotina no cigarro: o participante que fuma cigarro com teor de nicotina médio (em relação ao teor alto) tem 2,725 vezes mais chance de recair. Quando comparado o baixo teor em relação ao alto teor de nicotina, observa-se que o participante tem 7,425 vezes mais chance de recair;
- ausência de tentativas anteriores de parar de fumar: 3,579 a 6,156 mais chance de recair;
- frequência de participação nas sessões de tratamento: a participação menor ou igual a 50% das sessões propicia 8,780 vezes mais chance de recair;

Outros motivos, contingências e objetivos para fumar:

- **estimulação:** quando o participante assinalava a nota 2, esta, em relação à nota 1, prenuncia 2,569 vezes mais

chance de recair. Quando comparada a nota 3 em relação à 1, a chance de recaída será aumentada em 6,600 vezes;

- fuma quando fica **entusiasmado** tem 2,183 vezes mais chance de recair;
- dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos: 5,952 vezes mais chance de recair;
- ter dó de si próprio: a chance de recaída aumenta em 4,950 vezes;
- pouca satisfação no trabalho: a chance de o participante recair aumenta 5,747 vezes;
- insatisfação em relação à vida sexual: a chance do participante recair é de 4,049 vezes .

Fica sugerida a idéia de realização de estudos futuros randomizados, para validar os indicadores propostos e a efetividade comparativa do programa.

7 ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Pós-Informado

O tabagismo é um dos maiores problemas de saúde pública em nosso século. Estima-se que em 2020 pelo menos 10 milhões de pessoas irão morrer pelo uso do cigarro. Hoje em dia existem meios eficazes de tratamento para o hábito de fumar. Assim sendo: você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que possa avaliar a efetividade da utilização de medicação para o tratamento do fumante juntamente com a intervenção psicológica.

Para este fim, você deverá passar por uma avaliação médica, que lhe receitará a medicação adequada para o seu caso, ajudando-o a controlar a ansiedade da falta que o cigarro faz.

Além disso, você responderá a um questionário que permitirá analisar seu perfil como fumante, além de fazer testes que permitirão avaliar se você está deprimido e como você avalia sua saúde.

Você participará de um grupo terapêutico de no mínimo 5 e no máximo 10 participantes com acompanhamento da psicóloga. Este grupo tem duração de 6 semanas, 1 hora por semana, e o retorno terá lugar 30 dias após a última semana de grupo. Outros retornos serão agendados para seu acompanhamento. A psicóloga irá ajudá-lo a se compreender melhor enquanto fumante, orientando-o de forma eficaz a controlar a ansiedade e como lidar com a sensação difícil que enfrentará pela falta de cigarro.

De forma geral, estes procedimentos podem deixá-lo um pouco ansioso. A medicação pode provocar um pouco de boca seca e insônia. Tal reação é assim mesmo, é esperada, nada tendo de anormal.

Com esta avaliação pode-se entender melhor, as reações dos fumantes, orientá-los adequadamente no seu cuidado e aumentar o sucesso do tratamento.

Você pode retirar seu consentimento em participar da pesquisa no momento que quiser, sem com isso prejudicar o andamento de seu tratamento.

As informações pessoais serão mantidas em total sigilo e segurança.

Declaro que após todos os esclarecimentos apresentados pelo pesquisador, afirmo ter compreendido a natureza e as etapas da pesquisa. Portanto sem restrições a participar do projeto.

Pesquisador: Silvia Cury Ismael 83898142

São Paulo, de de 20 .

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável

Assinatura do pesquisador
Carimbo ou nome legível

Anexo B - Questionário

1-Dados Pessoais:

Este questionário é um documento clínico e deve ser respondido de forma mais precisa possível. As informações aqui obtidas serão tratadas com o mais absoluto sigilo. No caso de dúvidas, pergunte.

Nome completo: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade: _____
 Estado Civil: _____ Religião: _____
 Profissão: _____ Grau de instrução: _____
 Endereço: _____
 Cep: _____
 Telefones Residencial: _____ Comercial : _____
 Celular: _____ E-Mail: _____

2- Histórico do Tabagismo:

- 1- Há quanto tempo fuma? _____ Quantos cigarros por dia? _____
- 2- Sempre fumou esta quantidade de cigarros? Sim () Não ()
- 3- Qual o número de cigarros que fumava anteriormente? () cigarros
- 4- Há quanto tempo está fumando a quantidade atual? _____
- 5- Que motivos você acha que o levaram a fumar?
 - a) curiosidade
 - b) prazer
 - c) para fazer parte do grupo
 - d) outros. Especifique: _____
- 6- Você mora com outros fumantes? Sim () Não ()

Cônjuge ou companheiro () Pais () Filhos () Amigos () Parentes ()
- 7- Seus pais são ou foram fumantes? Pai Sim() Não()
Mãe Sim() Não()
- 8- Você convive com fumantes no seu ambiente de trabalho?
Sim() Não ()
- 9- Você se importa com o que as pessoas pensam do seu hábito de fumar?
Sim() Não ()
- 10- Como as pessoas com quem você vive reagem ao fato de você fumar?
 - a) não ligam
 - b) apóiam
 - c) rejeitam
 - d) rejeitam você
 - e) pedem para você parar
 - f) pedem para você diminuir o número por dia.
- 11- Isto interfere no seu hábito?
 - a) aumenta o consumo de cigarros
 - b) diminui o consumo
 - c) não interfere
- 12- Qual das afirmativas abaixo melhor se aplica à sua situação de fumante:
 - a) você não está com vontade de parar de fumar ()
 - b) você está com vontade de parar de fumar, mas não sabe ainda quando ()
 - c) você tem tentado parar de fumar de um mês para cá, ou tem uma data e um esquema para fazê-lo nos próximos 30 dias ()
 - d) você tem feito uso descontínuo do cigarro de um mês para cá, ficando sem fumar pelo menos um dia inteiro durante este período ()
- 13- Você faz uso regular de álcool? Sim () Não ()
- 14- Quanto tempo depois de acordar você fuma o seu primeiro cigarro?
 - a) nos primeiros cinco minutos ()
 - b) de 6 a 30 minutos ()
 - c) de 31 a 60 minutos ()
 - d) mais de 60 minutos ()
- 15- Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais onde o fumo é proibido?
Sim () Não ()

- 16- Qual entre todos os cigarros do dia lhe traz mais satisfação?
a) o primeiro logo pela manhã b) outro que não o primeiro
- 17- Quantos cigarros você fuma por dia?
a) 10 ou menos () b) 11-20 () c) 21-30 () d) 31 ou mais ()
- 18- Você fuma mais freqüentemente pela manhã?
Sim () Não ()
- 19- Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?
Sim () Não ()
- 20- Seu cigarro tem baixo, médio ou alto teor de nicotina? Verifique no maço
a) baixo (0,9 mg ou menos) ()
b) médio (1,0 a 1,2mg) ()
c) alto (1,3 ou mais) ()
- 21- Você traga a fumaça do cigarro?
a) nunca () b)às vezes () c) sempre ()
- 22- Você pára o que está fazendo para comprar ou filar cigarro?
Sim () Não ()
- 23- Muitas pessoas diminuíram ou abandonaram algumas atividades devido ao cigarro. Isso já aconteceu com você? Sim () Não ()
Especifique: _____
- 24- Já fez alguma tentativa para parar de fumar?
Sim () Não () Quantas vezes?
- 25- Nas suas tentativas de parar de fumar você conseguiu:
a) parar totalmente () b) diminuir ()
- 26- Por quanto tempo você conseguiu ficar sem fumar?
a) na primeira tentativa () dias ou meses
b) na segunda tentativa () dias ou meses
c) na terceira tentativa () dias ou meses
- 27- Você tem sintomas de dor de cabeça, tonturas, palpitações ou suor frio quando fica sem fumar por um tempo? Sim () Não ()
- 28- Voltar a fumar faz desaparecer estes sintomas? Sim () Não ()
- 29- Se você já tentou parar de fumar foi:
a) sozinho () b)com algum tipo de ajuda?
Qual? _____

- 30- Você tem medo de parar de fumar e engordar?
Sim () Não ()
- 31- Você tem medo de parar de fumar e ficar ansioso?
Sim () Não ()
- 32- Por que você está tentando parar neste momento?

33- Você acha que um programa poderia ajudá-lo nesta tentativa? Como?

34- Quando você sente estas seguintes emoções ou estado de espírito, quantas vezes sua reação é fumar?

Sempre (1) Algumas vezes (2) Raramente/Nunca (3) Não sei (4)

- | | | | | | |
|-----------------------|-----|-----------------|-----|--------------------|-----|
| a) solitário | () | b) cansado | () | c) triste | () |
| d) zangado | () | e) entusiasmado | () | f) desapontado | () |
| g) inquieto | () | h) feliz | () | i) fisicamente mal | () |
| j) com dó de si mesmo | () | l) preocupado | () | m) outros | () |

Especifique: _____

35- Agora, gostaríamos que você considerasse o fumo segundo outro ponto de vista: o que ele faz por você. Tente dizer o quanto você fuma nas seguintes situações. Solte sua imaginação e decida quais as que lhe parecem verdadeiras, mesmo que você nunca tenha pensado nelas antes. Esta parte pode ser difícil de ser respondida, mas faça o que puder usando a legenda abaixo.

Quase sempre (1) Algumas vezes (2) Raramente (3) Não sei (4) Nunca (5)

- | | | | |
|---|-----|------------------------------|-----|
| a) para recompensar-me | () | b) para punir-me | () |
| c) para fazer-me companhia | () | d) para distrair-me | () |
| e) para acalmar-me | () | f) para elevar meu astral | () |
| g) para dar-me energia física | () | h) para consolar-me | () |
| i) como um escudo de proteção | () | j) para poder dormir à noite | () |
| l) para isolar-me quando outras pessoas estão por perto | () | | |
| m) para relacionar-me com outras pessoas | () | | |
| n) para relaxar | () | | |
| o) outros | () | | |

Especifique: _____

36- Você está satisfeito com:

Muito (1) Mais ou menos (2) Um pouco (3) Nada (4) Não sei (5)

- | | | | |
|------------------|-----|----------------------------------|-----|
| a) seu trabalho | () | b) seus relacionamentos afetivos | () |
| c) suas amizades | () | e) sua saúde | () |
| | | f) sua vida sexual | () |

37- Assinale se você tem ou já teve algumas destas doenças ou sintomas:

- | | | | | | | | |
|--------------|-----|----------------------|-----|-------------------|-----|---------|-----|
| Pressão alta | () | Diabetes | () | Colesterol alto | () | Infarto | () |
| Derrame | () | Tonturas ou desmaios | () | Dores de cabeça | () | | |
| Rouquidão | () | Chiado no peito | () | Tosse crônica | () | | |
| Falta de ar | () | Catarro | () | Impotência sexual | () | | |
| Angina | () | Enfisema | () | | | | |

38- Assinale se alguns de seus familiares é portador ou faleceu devido a algumas destas doenças:

- Câncer () Diabetes () Hipertensão () Doença cardíaca ()

Bronquite () Asma () Tuberculose () AIDS () Enfisema ()

3 - Motivos e objetivos de fumar

O que leva as pessoas a fumar é o as diferencia. É importante ter o conhecimento do que as levou a fumar e o que está mantendo este comportamento.

Use as referências abaixo para responder as perguntas.

"3" para: **FREQÜENTEMENTE**

"2" para **OCASIONALMENTE**

"1" para **MUITO RARAMENTE OU NUNCA**

- | | |
|--|-------|
| A - O cigarro ajuda a manter seu ritmo? | 3 2 1 |
| B - Fumar é gostoso e relaxante? | 3 2 1 |
| C - Quando você fica zangado, costuma acender um cigarro? | 3 2 1 |
| D - Quando acabam os cigarros em casa você fica insuportável até conseguir um novo maço? | 3 2 1 |
| E - Um cigarro lhe estimula ou ajuda a pensar? | 3 2 1 |
| F - Um cigarro após uma boa refeição é uma das coisas de que você mais gosta? | |
| | 3 2 1 |
| G - Numa situação tensa, um cigarro o ajuda a relaxar? | 3 2 1 |
| H - Você tem consciência de quando não está fumando? | |
| | 3 2 1 |
| I - Escrevendo um relatório, uma carta, preenchendo um formulário difícil, o cigarro na mão pode ajudar? | 3 2 1 |
| J - Você gosta mais de fumar quando se sente bem, relaxado e tranquilo? | 3 2 1 |
| L - Quando você se sente triste ou deprimido, um cigarro lhe faz bem? | 3 2 1 |
| M - É uma tortura não poder fumar no cinema, no hospital, durante uma reunião, enfim em lugares onde não é permitido? | 3 2 1 |

Anexo C- Benefícios de se parar de fumar

Período sem fumar	Benefícios
20 minutos	Pressão arterial e batimentos cardíacos voltam ao normal. Temperatura dos pés e mãos se elevam.
8 horas	Diminui a quantidade de monóxido de carbono e eleva a de oxigênio no sangue.
24 horas	Diminuem os riscos de um ataque cardíaco.
48 horas	Melhoram o olfato e o paladar.
2 semanas a 3 meses	Melhora a circulação sanguínea.
1 mês a 9 meses	Reduzem-se tosse, congestão nasal, cansaço e falta de ar. Reduz-se o risco do surgimento de infecções respiratórias.
1 ano	Reduz-se pela metade o risco de um ataque cardíaco.
5 anos	Reduz-se pela metade a possibilidade de desenvolver câncer de pulmão, boca, garganta e esôfago. O risco de um derrame cerebral passa a ser o mesmo de quem nunca fumou.
10 anos	O risco de desenvolver câncer de pulmão passa a ser igual ao de quem nunca fumou.
15 anos	O risco de sofrer um infarto do coração passa a ser igual ao de quem nunca fumou.

(fonte American Cancer Society)

A forma como você vive pode salvar a sua vida!

Anexo D - Técnicas de autocontrole para parar de fumar

QUANDO TIVER VONTADE DE FUMAR:

- 1- TOMAR 1 OU 2 COPOS DE ÁGUA CADA VEZ QUE TIVER VONTADE DE FUMAR
- 2- FAZER EXERCÍCIOS DE RESPIRAÇÃO PROFUNDA 5 VEZES SEGUIDAS
- 3- CAMINHAR POR 5 OU 10 MINUTOS
- 4- LER UM LIVRO OU FAZER ALGUMA ATIVIDADE QUE O DISTRAIA
- 5- EVITAR TUDO QUE POSSA DAR VONTADE DE FUMAR COMO, POR EXEMPLO. CAFÉ, BEBIDA ALCOÓLICA, DOCES ETC.
- 6- APÓS AS REFEIÇÕES, LEVANTE E DEIXE A MESA IMEDIATAMENTE
- 7- ESCOVAR OS DENTES LOGO APÓS AS REFEIÇÕES
- 8- TIRE OS ESTÍMULOS QUE POSSAM LEMBRAR O CIGARRO COMO POR EX. CINZEIROS, ISQUEIROS ETC.
- 9- FAZER EXERCÍCIO FÍSICO: CAMINHADA, MUSCULAÇÃO, NATAÇÃO, ALONGAMENTO, ETC. – OBRIGATÓRIO
- 10- TENHA TRABALHAR SEUS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS COMO, POR EXEMPLO., REVER TENTATIVAS DE PARAR DE FUMAR ANTERIORES E LEMBRAR DOS FATORES QUE AJUDARAM E DOS FATORES QUE ATRAPALHARAM.
- 11- LEMBRE-SE SEMPRE DE TODAS AS RAZÕES QUE O LEVARAM A PARAR DE FUMAR
- 12- SE A NECESSIDADE FOR MUITO FORTE, RECORRA A ALIMENTOS QUE NÃO ENGORDEM (EX. CENOURA OU FRUTAS, BALAS OU GOMA DE MASCAR "DIET" E BASTANTE LIQUÍDO)

Anexo E - Folha de controle de diminuição gradual do cigarro

Nome: _____ N* cig /dia ()

Medicação: Não ()

Sim ()

Medicação antidepressiva ()

Verificar com atenção os dias de mudança de medicação e das sessões.

DIA	DATA	MEDICAMENTOS	N* DE CIGARROS
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			0 cigarros
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			

Anexo - F Descrição da intervenção psicológica

Primeira sessão:

- Realizado o acolhimento dos sujeitos, cada participante fez uma breve apresentação pessoal, mencionando o motivo pelo qual veio ao grupo;
- realizou-se uma breve sensibilização dos problemas acarretados pelo hábito de fumar;
- explicou-se o processo do programa aos pacientes detalhadamente (como seriam as sessões, tempo e duração, necessidade de avaliação médica para uso de medicação, dúvidas a respeito do programa), dando-se, assim, início ao tratamento;
- ressaltaram-se as ambivalências que permeiam o processo, os benefícios de parar de fumar, o que é dependência física e psicológica e como funcionam os gatilhos (condicionamento);
- realizaram-se o BDI e o QSG. Ambos foram reaplicados no follow-up 30 dias após a última sessão. Os pacientes que não participaram do retorno de 30 dias foram contatados via telefônica para verificar a abstinência ou recaída. No caso de abstinência, foi confirmado o tempo da mesma e quando foi referida a recaída, ao paciente foi indagado o motivo percebido para a ocorrência.

Entre a primeira e a segunda sessão do programa, os pacientes foram atendidos pelo médico para poder prescrever a medicação a ser utilizada durante o tratamento.

Segunda sessão:

- As sessões sempre eram iniciadas com os sujeitos trazendo questões importantes vivenciadas na semana anterior;
- foi realizado um feedback dos questionários respondidos, explicando detalhadamente os itens referentes à dependência física, psicológica e os condicionamentos estabelecidos.
- foi estabelecido com cada um o critério de parada de acordo com o número de cigarros fumados, ou seja, à medida que o sujeito tomava o remédio, seguia uma tabela de redução do número de cigarros, até que em 15 dias ele chegasse à marca de Zero cigarros fumados (Anexo D);
- foram discutidas com cada um mudanças a ser realizadas (observadas no questionário inicial) ;
- foram introduzidas as técnicas de controle comportamental;
- foi ressaltada a importância da assertividade;
- foram trabalhadas as disfunções cognitivas trazidas pelos sujeitos durante a sessão;
- foi explicado o que é síndrome de abstinência;
- foi treinado o exercício de respiração profunda.

Terceira Sessão:

- Como em todas as sessões anteriores, também esta foi iniciada com os sujeitos trazendo questões importantes vivenciadas na semana anterior;
- foram discutidas com cada um como estavam sendo realizadas as

- mudanças a ser realizadas (observadas no questionário inicial);
- foi reforçado o uso das técnicas de controle comportamental;
- foi reforçada a importância da assertividade;
- foram trabalhadas as disfunções cognitivas trazidas pelos sujeitos durante a sessão;
- foi utilizada a técnica do reforço positivo quanto aos progressos efetuados pelos pacientes;
- foi realizado um trabalho de identificação de situações de risco e enfrentamento destas situações através de dinâmicas de grupo

Quarta Sessão:

- Como em todas as sessões anteriores, também esta foi iniciada motivando os sujeitos a compartilharem suas experiências da semana anterior;
- verificou-se como estavam se sentindo sem o cigarro;
- foi reforçado o uso das técnicas de controle comportamental;
- foi reforçada a importância da assertividade;
- foram trabalhadas as disfunções cognitivas trazidas pelos sujeitos durante a sessão;
- foi utilizada a técnica do reforço positivo quanto aos progressos efetuados pelos pacientes;
- foi verificado como que as situações de risco estavam sendo enfrentadas, analisando busca de alternativas.

Quinta Sessão:

- Como em todas as sessões anteriores, também esta foi iniciada motivando os sujeitos a compartilharem suas experiências da semana anterior;
- verificou-se como estavam se sentindo sem o cigarro;
- foi reforçado o uso das técnicas de controle comportamental;
- foram trabalhadas as disfunções cognitivas trazidas pelos sujeitos durante a sessão;
- foi utilizada a técnica do reforço positivo quanto aos progressos efetuados pelos pacientes;
- foi verificado como que as situações de risco estavam sendo enfrentadas, analisando busca de alternativas;
- iniciou-se o processo de prevenção de recaídas.

Sexta Sessão:

- Como em todas as sessões anteriores, também esta foi iniciada motivando os sujeitos a compartilharem suas experiências da semana anterior;
- verificou-se como estavam se sentindo sem o cigarro;
- foi utilizada a técnica do reforço positivo quanto aos progressos efetuados pelos pacientes;
- foi verificado como as situações de risco estavam sendo enfrentadas, analisando busca de alternativas;
- foram abordadas sugestões para a prevenção de recaídas;
- fechamento do processo terapêutico e orientações quanto ao prosseguimento do tratamento e retorno;
- avaliação do tratamento, por parte do sujeito.

Anexo G - Tabelas complementares dos diferentes instrumentos

Dados sócio - demográficos	População	Resultados			p = 5%
		G1	G2	G3	
Número de pacientes					
n	100% (61)	6,6% (4)	57,4% (35)	36,1% (22)	
Qtde constate ?					
Frequência					0,086
Não (n)	73,8% (45)	1% (4)	62,9% (22)	86,4% (19)	
Sim (n)	26,2% (16)	0% (0)	37,1% (13)	13,6% (3)	
Coef. de Cramer		0,297			
se qtde Não constate,qtde. Anterior					
Média (dp)	18,5 (10,58)	25,0 (10,80)	17,2 (8,61)	18,6 (12,54)	0,351
IC95% Média	15,2 ; 21,9	7,8 ; 42,2	13,2 ; 21,2	12,1 ; 25,0	
1ºq;Médiana;3ºq	10,0 ; 20,0 ; 20,0	16,3 ; 22,5 ; 36,3	10,0 ; 16,5 ; 20,0	10,0 ; 20,0 ; 20,0	
Min ; max	5,0 ; 60,0	15,0 ; 40,0	5,0 ; 35,0	5,0 ; 60,0	
Frequência					0,204
Até 10 cigarros (n)	31,8% (14)	0% (0)	42,9% (9)	26,3% (5)	
11 a 20 cigarros (n)	47,7% (21)	0,5% (2)	38,1% (8)	57,9% (11)	
21 a 40 cigarros (n)	15,9% (7)	0,25% (1)	19% (4)	10,5% (2)	
Maior que 40 cigarros (n)	4,5% (2)	0,25% (1)	0% (0)	5,3% (1)	
Total	100% (44)	1% (4)	100% (21)	100% (19)	
Coef. de Cramer		0,309			
Tempo Qtde. Atual (anos)					
Média (dp)	4,8 (5,50)	3,9 (4,64)	5,6 (4,50)	4,1 (6,79)	0,683
IC95% Média	3,1 ; 6,5	0,0 ; 11,3	3,5 ; 7,7	0,6 ; 7,6	
1ºq;Médiana;3ºq	2,0 ; 3,0 ; 3,0	0,3 ; 2,7 ; 8,0	2,0 ; 4,0 ; 8,0	2,0 ; 2,0 ; 4,0	
Min ; max	0,1 ; 30,0	0,3 ; 10,0	0,1 ; 15,0	0,5 ; 30,0	
Frequência					0,077
Até 1 ano (n)	19,5% (8)	0,5% (2)	15% (3)	17,6% (3)	
2 a 3 anos (n)	31,7% (13)	0% (0)	20% (4)	52,9% (9)	
4 a 5 anos (n)	26,8% (11)	0,25% (1)	30% (6)	23,5% (4)	
6 ou mais anos (n)	22% (9)	0,25% (1)	35% (7)	5,9% (1)	
Total	100% (41)	1% (4)	100% (20)	100% (17)	
Coef. de Cramer		0,356			
Motivos que levaram a fumar					
Frequência de motivos					0,986
Curiosidade (n)	38% (30)	28,6% (2)	38,3% (18)	40% (10)	
Prazer (n)	27,8% (22)	28,6% (2)	27,7% (13)	28% (7)	
Para fazer parte grupo (n)	24,1% (19)	28,6% (2)	25,5% (12)	20% (5)	
Outros (n)	10,1% (8)	14,2% (1)	8,5% (4)	12% (3)	
Total motivos	100% (79)	100% (7)	100% (47)	100% (25)	
Coef. de Cramer		0,071			
Frequência de pacientes					1,000
Curiosidade (n)	50% (30)	50% (2)	51,4% (18)	47,6% (10)	
Prazer (n)	36,7% (22)	50% (2)	37,1% (13)	33,3% (7)	0,839
Para fazer parte grupo (n)	31,7% (19)	50% (2)	34,3% (12)	23,8% (5)	0,556
Outros (n)	13,3% (8)	25% (1)	11,4% (4)	14,3% (3)	0,576
Total pacientes	131,7% (60)	175% (4)	134,2% (35)	119% (21)	
Mora com outros fumantes?					
Frequência					0,096
Não (n)	59% (36)	75% (3)	68,6% (24)	40,9% (9)	
Sim (n)	41% (25)	25% (1)	31,4% (11)	59,1% (13)	
Coef. de Cramer		0,278			
Se mora com outros fumante, quem					
Frequência de co-moradores					0,230
Conjuge ou companheiro (n)	10,3% (3)	0% (0)	14,3% (2)	7,1% (1)	
Pais (n)	51,8% (15)	0% (0)	42,9% (6)	64,3% (9)	
Filhos (n)	27,6% (8)	0% (0)	28,6% (4)	28,6% (4)	
Amigos (n)	3,4% (1)	0% (0)	7,1% (1)	0% (0)	
Parentes (n)	6,9% (2)	100% (1)	7,1% (1)	0% (0)	
Total co-moradores	100% (29)	100% (1)	100% (14)	100% (14)	
Coef. de Cramer		0,533			
Frequência de pacientes					0,627
Conjuge ou companheiro (n)	12% (3)	0% (0)	18,2% (2)	7,7% (1)	
Pais (n)	60% (15)	0% (0)	54,5% (6)	69,2% (9)	0,515
Filhos (n)	32% (8)	0% (0)	36,4% (4)	30,8% (4)	1,000
Amigos (n)	4% (1)	0% (0)	9,1% (1)	0% (0)	0,480
Parentes (n)	8% (2)	100% (1)	9,1% (1)	0% (0)	0,037
Total pacientes	116% (25)	100% (1)	127,3% (11)	% (13)	
Convive com fumantes no trabalho?					
Frequência					0,028
Não (n)	41,7% (25)	100% (4)	42,9% (15)	28,6% (6)	
Sim (n)	58,3% (35)	0% (0)	57,1% (20)	71,4% (15)	
Total	100% (60)	100% (0)	100% (35)	100% (21)	
Coef. de Cramer		0,143			

Dados sócio-demográficos	População	Resultados			p = 5%
		G1	G2	G3	
Reação das pessoas					0,709
Frequência					
Não (n)	55,9% (33)	75% (3)	52,9% (18)	57,1% (12)	
Sim (n)	44,1% (26)	25% (1)	47,1% (16)	42,9% (9)	
Total	100% (59)	100% (4)	100% (34)	100% (21)	
Coef. de Cramer			0,111		
Reação das pessoas					0,311
Frequência de reações					
Não ligam (n)	9,9% (7)	0% (0)	12,8% (5)	7,7% (2)	
Apoiam (n)	1,4% (1)	0% (0)	0% (0)	3,8% (1)	
Rejeitam (n)	12,7% (9)	16,7% (1)	10,3% (4)	15,4% (4)	
Rejeitam voce (n)	1,4% (1)	0% (0)	0% (0)	3,8% (1)	
Pedem para parar (n)	64,7% (46)	66,6% (4)	61,5% (24)	69,3% (18)	
Pedem para diminuir (n)	9,9% (7)	16,7% (1)	15,4% (6)	0% (0)	
Total reações	100% (71)	100% (6)	100% (39)	100% (26)	
Coef. de Cramer			0,254		
Frequência de pacientes					
Não ligam (n)	11,5% (7)	0% (0)	14,3% (5)	9,1% (2)	0,815
Apoiam (n)	1,6% (1)	0% (0)	0% (0)	4,5% (1)	0,426
Rejeitam (n)	14,8% (9)	25% (1)	11,4% (4)	18,2% (4)	0,514
Rejeitam voce (n)	1,6% (1)	0% (0)	0% (0)	4,5% (1)	0,426
Pedem para parar (n)	75,4% (46)	100% (4)	68,6% (24)	81,8% (18)	0,357
Pedem para diminuir (n)	11,5% (7)	25% (1)	17,1% (6)	0% (0)	0,055
Total	116,4% (61)	150% (4)	111,4% (35)	118,1% (22)	
Isto interfere no seu hábito ?					0,813
Frequência					
Aumenta consumo (n)	9,8% (6)	0% (0)	11,4% (4)	9,1% (2)	
Diminui o consumo (n)	16,4% (10)	50% (2)	11,4% (4)	18,2% (4)	
Não interfere (n)	73,8% (45)	50% (2)	77,1% (27)	72,7% (16)	
Total	100% (61)	100% (4)	100% (35)	100% (22)	
Coef. de Cramer			0,098		
Faz uso regular do álcool ?					1,000
Frequência					
Não (n)	72,1% (44)	75% (3)	71,4% (25)	72,7% (16)	
Sim (n)	27,9% (17)	25% (1)	28,6% (10)	27,3% (6)	
Coef. de Cramer			0,022		
Seu cigarro tem baixo, médio ou alto teor de nicotina?					0,096
Frequência					
Baixo (n)	80,7% (46)	66,7% (2)	72,7% (24)	95,2% (20)	
Médio (n)	10,5% (6)	0% (0)	18,2% (6)	0% (0)	
Alto (n)	8,8% (5)	33,3% (1)	9,1% (3)	4,8% (1)	
Total	100% (57)	100% (3)	100% (33)	100% (21)	
Coef. de Cramer			0,260		
Traga a fumaça do cigarro?					0,307
Frequência					
Nunca (n)	5% (3)	0% (0)	2,9% (1)	9,1% (2)	
As vezes (n)	5% (3)	25% (1)	2,9% (1)	4,5% (1)	
Sempre (n)	90% (54)	75% (3)	94,1% (32)	86,4% (19)	
Total	100% (60)	100% (4)	100% (34)	100% (22)	
Coef. de Cramer			0,202		
Você pára o que está fazendo para comprar ou filar cigarro?					0,823
Frequência					
Não (n)	31,7% (19)	25% (1)	35,3% (12)	27,3% (6)	
Sim (n)	68,3% (41)	75% (3)	64,7% (22)	72,7% (16)	
Total	100% (60)	100% (4)	100% (34)	100% (22)	
Coef. de Cramer			0,090		
Muitas pessoas diminuíram ou abandonaram algumas atividades devido ao cigarro. Isso já aconteceu com você?					1,000
Frequência					
Não (n)	73,3% (44)	75% (3)	73,5% (25)	72,7% (16)	
Sim (n)	26,7% (16)	25% (1)	26,5% (9)	27,3% (6)	
Total	100% (60)	100% (4)	100% (34)	100% (22)	
Coef. de Cramer			0,013		

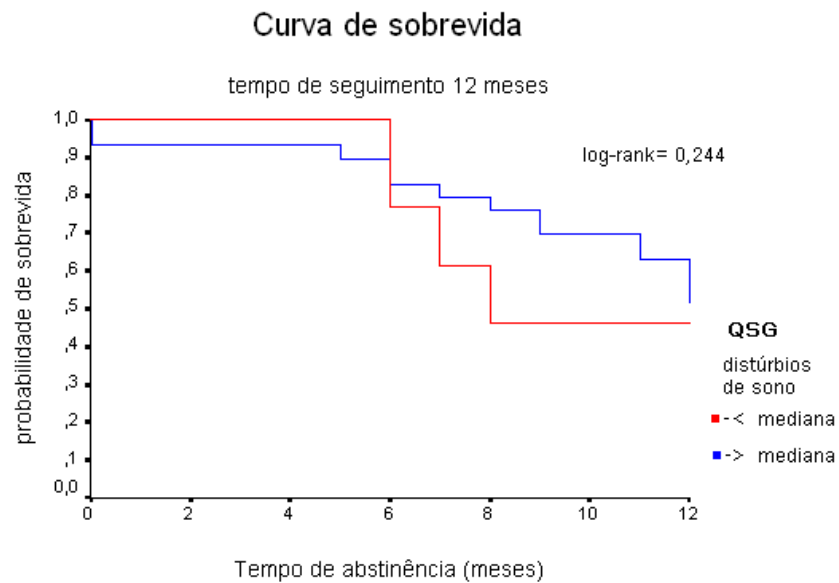
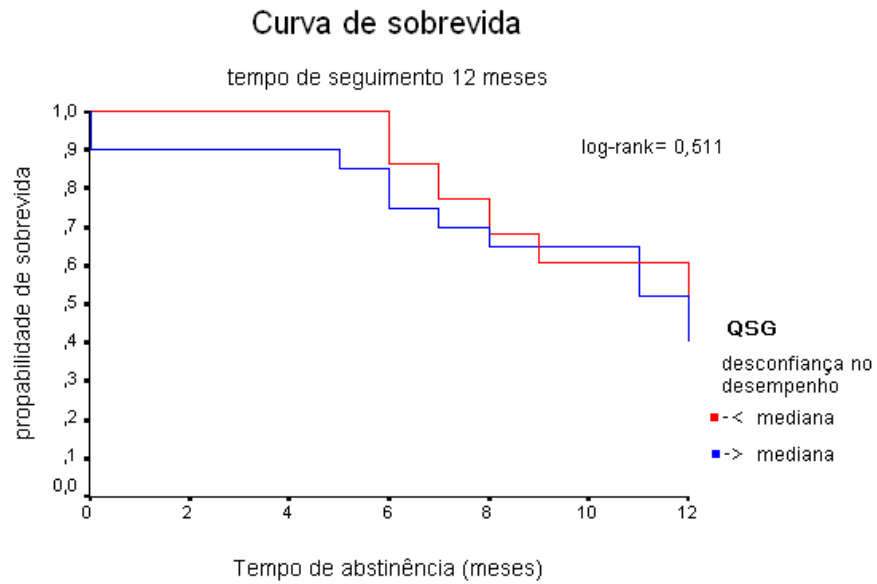
Dados sócio - demográficos	População	Resultados			p = 5%
		G1	G2	G3	
Freqüência					0,023
Não (n)	23% (14)	75% (3)	14,3% (5)	27,3% (6)	
Sim (n)	77% (47)	25% (1)	85,7% (30)	72,7% (16)	
Coef. de Cramer			0,359		
Se tentativa para para de fumar, quantas vezes					
Freqüência					0,779
1 a 2 vezes (n)	37,8% (17)	0% (0)	39,3% (11)	37,5% (6)	
3 a 4 vezes (n)	35,6% (16)	0% (0)	35,7% (10)	37,5% (6)	
5 ou mais vezes (n)	26,7% (12)	100% (1)	25% (7)	25% (4)	
Total	100% (45)	100% (1)	100% (28)	100% (16)	
Coef. de Cramer			0,177		
Você tem sintomas de dor de cabeça, tonturas, palpitações ou suor frio quando fica sem fumar por um tempo					
Freqüência					0,626
Não (n)	63,8% (37)	100% (2)	64,7% (22)	59,1% (13)	
Sim (n)	36,2% (21)	0% (0)	35,3% (12)	40,9% (9)	
Total	100% (58)	100% (2)	100% (34)	100% (22)	
Coef. de Cramer			0,153		
se tem tontura, etc qdo voltar a fumar faz desaparecer estes sintomas?					
Freqüência					1,000
Não (n)	5,6% (1)	0% (0)	0% (0)	11,1% (1)	
Sim (n)	94,4% (17)	0% (0)	100% (9)	88,9% (8)	
Total	100% (18)	0% (0)	100% (9)	100% (9)	
Coef. de Cramer			0,243		
Já tentou parar de fumar					
Freqüência					0,773
Sozinho (n)	68% (34)	100% (2)	70% (21)	61,1% (11)	
Com algum tipo ajuda (n)	26% (13)	0% (0)	26,7% (8)	27,8% (5)	
Ambos (n)	6% (3)	0% (0)	3,3% (1)	11,1% (2)	
Total	100% (50)	100% (2)	100% (30)	100% (9)	
Coef. de Cramer			0,150		
Por que você está tentando parar de fumar neste momento?					
Freqüência					0,797
Apoio (n)	1,7% (1)	0% (0)	5,9% (2)	0% (0)	
Cheiro (n)	1,7% (1)	0% (0)	0% (0)	4,8% (1)	
Família (n)	3,4% (2)	0% (0)	2,9% (1)	0% (0)	
Incomodo (n)	1,7% (1)	0% (0)	2,9% (1)	0% (0)	
Não quer mais (n)	1,7% (1)	0% (0)	2,9% (1)	0% (0)	
Oportunidade (n)	1,7% (1)	0% (0)	0% (0)	4,8% (1)	
Preparada (n)	1,7% (1)	0% (0)	2,9% (1)	0% (0)	
Saúde (n)	86,4% (51)	100% (4)	82,5% (28)	90,4% (19)	
Total	100% (59)	100% (4)	100% (34)	100% (21)	
Coef. de Cramer			0,264		
Acha que um programa poderia lhe ajudar nesta tentativa?					
Freqüência					1,000
Não (n)	3,4% (2)	0% (0)	3,2% (1)	4,5% (1)	
Sim (n)	96,6% (56)	100% (4)	96,8% (31)	95,5% (21)	
Total	100% (58)	100% (4)	100% (32)	100% (22)	
Coef. de Cramer			0,063		
Se acha que um programa poderia lhe ajudar nesta tentativa, como?					
Freqüência					0,606
Auto estima (n)	1,8% (1)	0% (0)	3,4% (1)	0% (0)	
Bom (n)	3,7% (2)	0% (0)	6,9% (2)	0% (0)	
Com tudo (n)	1,8% (1)	0% (0)	3,4% (1)	0% (0)	
Incentivo (n)	3,7% (2)	0% (0)	6,9% (2)	0% (0)	
Orientação (n)	88,9% (48)	100% (4)	79,4% (23)	100% (21)	
Total	100% (54)	100% (4)	100% (29)	100% (21)	
Coef. de Cramer			0,232		

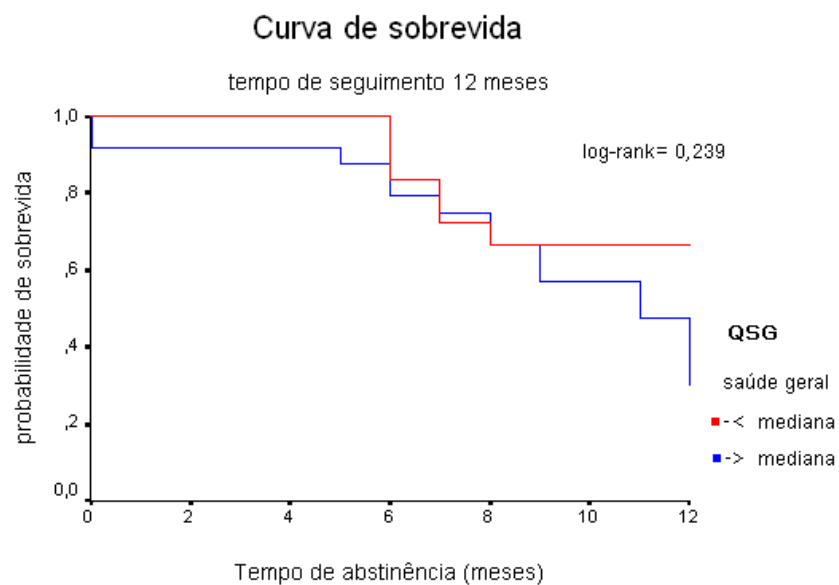
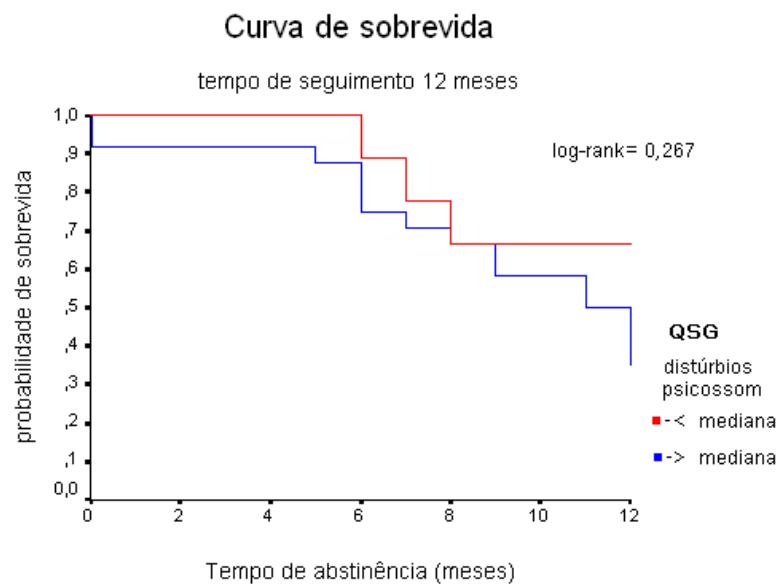
Emoções positivas e negativas	População	resultados			p=5%
		G1	G1	G1	
Emoções ou estado de espírito , reação é fumar					
Solitário					
Frequência					0,834
Sempre (n)	55,4% (31)	75% (3)	54,5% (18)	52,6% (10)	
Não Sempre (n)	44,6% (25)	25% (1)	45,5% (15)	47,4% (9)	
Total	100% (56)	100% (4)	100% (33)	100% (19)	
Coef. de Cramer			0,111		
Cansado					
Frequência					0,382
Sempre (n)	10,9% (6)	25% (1)	12,9% (4)	5% (1)	
Não Sempre (n)	89,1% (49)	75% (3)	87,1% (27)	95% (19)	
Total	100% (55)	100% (4)	100% (31)	100% (20)	
Coef. de Cramer			0,174		
Triste					
Frequência					0,499
Sempre (n)	64,3% (36)	50% (2)	59,4% (19)	75% (15)	
Não Sempre (n)	35,7% (20)	50% (2)	40,6% (13)	25% (5)	
Total	100% (56)	100% (4)	100% (32)	100% (20)	
Coef. de Cramer			0,174		
Zangado					
Frequência					0,042
Sempre (n)	70,9% (39)	50% (2)	62,5% (20)	89,5% (17)	
Não Sempre (n)	29,1% (16)	50% (2)	37,5% (12)	10,5% (2)	
Total	100% (55)	100% (4)	100% (32)	100% (19)	
Coef. de Cramer			0,305		
Entusiasmado					
Frequência					0,698
Sempre (n)	43,6% (24)	25% (1)	46,9% (15)	42,1% (8)	
Não Sempre (n)	56,4% (31)	75% (3)	53,1% (17)	57,9% (11)	
Total	100% (55)	100% (4)	100% (32)	100% (19)	
Coef. de Cramer			0,114		
Desapontado					
Frequência					0,839
Sempre (n)	60,7% (34)	50% (2)	59,4% (19)	65% (13)	
Não Sempre (n)	39,3% (22)	50% (2)	40,6% (13)	35% (7)	
Total	100% (56)	100% (4)	100% (32)	100% (20)	
Coef. de Cramer			0,081		
Inquieto					
Frequência					0,597
Sempre (n)	78,9% (45)	75% (3)	75,8% (25)	85% (17)	
Não Sempre (n)	21,1% (12)	25% (1)	24,2% (8)	15% (3)	
Total	100% (57)	100% (4)	100% (33)	100% (20)	
Coef. de Cramer			0,109		
Feliz					
Frequência					1,000
Sempre (n)	37% (20)	33,3% (1)	37,5% (12)	36,8% (7)	
Não Sempre (n)	63% (34)	66,7% (2)	62,5% (20)	63,2% (12)	
Total	100% (54)	100% (3)	100% (32)	100% (19)	
Coef. de Cramer			0,020		
Fisicamente mal					
Frequência					0,425
Sempre (n)	9,3% (5)	25% (1)	9,7% (3)	5,3% (1)	
Não Sempre (n)	90,7% (49)	75% (3)	90,3% (28)	94,7% (18)	
Total	100% (54)	100% (4)	100% (31)	100% (19)	
Coef. de Cramer			0,169		
Com dó de si mesmo					
Frequência					0,642
Sempre (n)	31,4% (16)	50% (2)	32,3% (10)	25% (4)	
Não Sempre (n)	68,6% (35)	50% (2)	67,7% (21)	75% (12)	
Total	100% (51)	100% (4)	100% (31)	100% (16)	
Coef. de Cramer			0,137		
Preocupado					
Frequência					0,750
Sempre (n)	74,5% (41)	75% (3)	72,7% (24)	77,8% (14)	
Não Sempre (n)	25,5% (14)	25% (1)	27,3% (9)	22,2% (4)	
Total	100% (55)	100% (4)	100% (33)	100% (18)	
Coef. de Cramer			0,053		
Outros					
Frequência					
Sempre (n)	20% (2)	100% (1)	16,7% (1)	0% (0)	
Não Sempre (n)	80% (8)	0% (0)	83,3% (5)	100% (3)	
Total	100% (10)	100% (1)	100% (6)	100% (3)	
Grau de dependência das emoções (escala 0 -11)					
Média (dp)	5,1 (2,75)	5,3 (4,65)	5,0 (2,90)	5,4 (2,13)	0,886
IC95% media	4,4 ; 5,8	0,0 ; 11,0	4,0 ; 6,0	4,4 ; 6,3	
1ºq;mediana;3ºq	3,0 ; 5,0 ; 7,0	1,3 ; 4,5 ; 10,0	3,0 ; 5,0 ; 7,0	4,0 ; 5,5 ; 6,8	
Min ; max	0,0 ; 11,0	1,0 ; 11,0	0,0 ; 11,0	1,0 ; 9,0	
Gau de dependência das emoções (escala 0 -10)					
Média (dp)	4,7 (2,50)	4,8 (4,22)	4,5 (2,63)	4,9 (1,94)	0,886
IC95% media	4,0 ; 5,3	0,0 ; 10,0	3,6 ; 5,4	4,0 ; 5,8	
1ºq;mediana;3ºq	2,7 ; 4,5 ; 6,4	1,1 ; 4,1 ; 9,1	2,7 ; 4,5 ; 6,4	3,6 ; 5,0 ; 6,1	
Min ; max	0,0 ; 10,0	0,9 ; 10,0	0,0 ; 10,0	0,9 ; 8,2	

Motivos e objetivos de fumar	População	Resultados			P =5%
		G1	G2	G3	
Cigarro ajuda a manter seu ritmo?					teste de independência 0,712 aceita HO
Frequência					
Nota 1 (n)	28,3% (17)	25% (1)	34,3% (12)	19% (4)	
Nota 2 (n)	31,7% (19)	50% (2)	28,6% (10)	33,3% (7)	
Nota 3 (n)	40% (24)	25% (1)	37,1% (13)	47,6% (10)	
Coef.de Cramer			0,137		
Um cigarro lhe estimula ou ajuda a pensar?					teste de independência 0,858 aceita HO
Frequência					
Nota 1 (n)	16,7% (10)	0% (0)	20% (7)	14,3% (3)	
Nota 2 (n)	5,9% (3)	5,2% (2)	31,4% (11)	23,8% (5)	
Nota 3 (n)	55% (33)	75% (3)	48,6% (17)	61,9% (13)	
Coef.de Cramer			0,129		
Escrevendo um relatório, uma carta ou preenchendo um formulário difícil, o cigarro na mão pode ajudar?					teste de independência 0,107 aceita HO
Frequência					
Nota 1 (n)	38,3% (23)	0% (0)	42,9% (15)	38,1% (8)	
Nota 2 (n)	31,7% (19)	100% (4)	25,7% (9)	28,6% (6)	
Nota 3 (n)	30% (18)	0% (0)	31,4% (11)	33,3% (7)	
Coef.de Cramer			0,280		
Estimulação (escala 3 a 9)					teste de igualdade de média**
Média (dp)	6,42 (1,880)	6,75 (0,957)	6,20 (1,937)	6,71 (1,927)	0,580 aceita HO
IC95% Média	5,93 ; 6,90	5,23 ; 8,27	5,53 ; 6,87	5,84 ; 7,59	
1ºq;Mediana;3ºq	5,00 ; 6,00 ; 8,00	6,00 ; 6,50 ; 7,75	5,00 ; 6,00 ; 8,00	5,50 ; 7,00 ; 8,50	
Min - max	3,0 ; 9,0	6,0 ; 8,0	3,0 ; 9,0	3,0 ; 9,0	
Grau de estimulação (escala 0 -10)					teste de igualdade de média**
Média (dp)	5,69 (3,134)	6,25 (1,596)	5,33 (3,229)	6,19 (3,212)	0,580 aceita HO
IC95% Média	4,88 ; 6,50	3,71 ; 8,79	4,22 ; 6,44	4,73 ; 7,65	
1ºq;Mediana;3ºq	3,33 ; 5,00 ; 8,33	5,00 ; 5,83 ; 7,92	3,33 ; 5,00 ; 8,33	4,17 ; 6,67 ; 9,17	
Min - max	0,0 ; 10,0	5,0 ; 8,0	0,0 ; 10,0	0,0 ; 10,0	
Fumar é gostoso e relaxante?					teste de independência 0,825 aceita HO
Frequência					
Nota 1 (n)	8,3% (5)	0% (0)	5,7% (2)	14,3% (3)	
Nota 2 (n)	21,7% (13)	25% (1)	22,9% (8)	19% (4)	
Nota 3 (n)	70% (42)	75% (3)	71,4% (25)	66,7% (14)	
Coef.de Cramer			0,118		
Um cigarro após uma boa refeição é uma das coisas que você mais gosta?					teste de independência 1,000 aceita HO
Frequência					
Nota 1 (n)	8,3% (5)	0% (0)	8,6% (3)	9,5% (2)	
Nota 2 (n)	13,3% (8)	0% (0)	14,3% (5)	14,3% (3)	
Nota 3 (n)	78,3% (47)	100% (4)	77,1% (27)	76,2% (16)	
Coef.de Cramer			0,100		
Você gosta mais de fumar quando se sente bem, relaxado e tranqüilo?					teste de independência 0,294 aceita HO
Frequência					
Nota 1 (n)	16,7% (10)	0% (0)	25,7% (9)	4,8% (1)	
Nota 2 (n)	35% (21)	50% (2)	31,4% (11)	38,1% (8)	
Nota 3 (n)	48,3% (29)	50% (2)	42,9% (15)	57,1% (12)	
Coef.de Cramer			0,208		
Prazer (escala 3 a 9)					teste de igualdade de média**
Média (dp)	7,63 (1,402)	8,25 (0,500)	7,51 (1,314)	7,71 (1,648)	0,586 aceita HO
IC95% Média	7,27 ; 8,00	7,45 ; 9,00	7,06 ; 7,97	6,96 ; 8,46	
1ºq;Mediana;3ºq	7,00 ; 8,00 ; 9,00	8,00 ; 8,00 ; 8,75	7,00 ; 8,00 ; 9,00	7,00 ; 8,00 ; 9,00	
Min - max	4,0 ; 9,0	8,0 ; 9,0	5,0 ; 9,0	4,0 ; 9,0	
Grau de prazer (escala 0 -10)					teste de igualdade de média**
Média (dp)	7,72 (2,336)	8,75 (0,833)	7,52 (2,191)	7,86 (2,746)	0,586 aceita HO
IC95% Média	7,12 ; 8,33	7,42 ; 10,08	6,77 ; 8,28	6,61 ; 9,11	
1ºq;Mediana;3ºq	6,67 ; 8,33 ; 10,00	8,33 ; 8,33 ; 9,58	6,67 ; 8,33 ; 10,00	6,67 ; 8,33 ; 10,00	
Min - max	4,7 ; 10,0	8,3 ; 10,0	3,3 ; 10,0	1,7 ; 10,0	
Quando fica zangado, acende um cigarro?					teste de independência 0,546 aceita HO
Frequência					
Nota 1 (n)	5% (3)	0% (0)	5,7% (2)	4,8% (1)	
Nota 2 (n)	21,7% (13)	50% (2)	22,9% (8)	14,3% (3)	
Nota 3 (n)	73,3% (44)	50% (2)	71,4% (25)	81% (17)	
Coef.de Cramer			0,151		
Numa situação tensa, um cigarro lhe ajuda a relaxar?					teste de independência 0,065 aceita HO
Frequência					
Nota 1 (n)	1,7% (1)	0% (0)	0% (0)	4,8% (1)	
Nota 2 (n)	18,3% (11)	0% (0)	28,6% (10)	4,8% (1)	
Nota 3 (n)	80% (48)	100% (4)	71,4% (25)	90,5% (19)	
Coef.de Cramer			0,250		
Quando você se sente triste ou deprimido, um cigarro lhe faz bem?					teste de independência 0,313 aceita HO
Frequência					
Nota 1 (n)	6,7% (4)	25% (1)	5,7% (2)	4,8% (1)	
Nota 2 (n)	33,3% (20)	0% (0)	40% (14)	28,6% (6)	
Nota 3 (n)	60% (36)	75% (3)	54,3% (19)	66,7% (14)	
Coef.de Cramer			0,196		
Diminuição de tensão (escala 3 a 9)					teste de igualdade de média**
Média (dp)	8,00 (1,340)	8,00 (0,816)	7,86 (1,375)	8,24 (1,375)	0,596 aceita HO
IC95% Média	7,65 ; 8,35	6,70 ; 9,00	7,38 ; 8,33	7,61 ; 8,86	
1ºq;Mediana;3ºq	7,00 ; 8,00 ; 9,00	7,25 ; 8,00 ; 8,75	7,00 ; 8,00 ; 9,00	8,00 ; 9,00 ; 9,00	
Min - max	3,0 ; 9,0	7,0 ; 9,0	4,0 ; 9,0	3,0 ; 9,0	
Grau de diminuição de tensão (escala 0 -10)					teste de igualdade de média**
Média (dp)	8,33 (2,234)	8,33 (1,361)	8,10 (2,292)	8,73 (2,292)	0,596 aceita HO
IC95% Média	7,76 ; 8,91	6,17 ; 10,00	7,31 ; 8,88	7,69 ; 9,77	
1ºq;Mediana;3ºq	6,67 ; 10,00 ; 10,00	7,08 ; 8,33 ; 9,58	6,67 ; 10,00 ; 10,00	3,33 ; 10,00 ; 10,00	
Min - max	0,0 ; 10,0	6,7 ; 10,0	1,7 ; 10,0	0,0 ; 10,0	
Quando acaba os cigarros em casa, você fica insuportável até conseguir outro maço?					teste de independência 0,216 aceita HO
Frequência					
Nota 1 (n)	23,3% (14)	0% (0)	22,9% (8)	28,6% (6)	
Nota 2 (n)	18,3% (11)	25% (1)	25,7% (9)	4,8% (1)	
Nota 3 (n)	58,3% (35)	75% (3)	51,4% (18)	66,7% (14)	
Coef.de Cramer			0,207		
Têm consciência de quando não está fumando?					teste de independência 0,288 aceita HO
Frequência					
Nota 1 (n)	21,7% (13)	25% (1)	17,1% (6)	28,6% (6)	
Nota 2 (n)	35% (21)	25% (1)	45,7% (16)	19% (4)	
Nota 3 (n)	43,3% (26)	50% (2)	37,1% (13)	52,4% (11)	
Coef.de Cramer			0,190		
É uma tortura fumar em lugares onde não é permitido?					teste de independência 0,181 aceita HO
Frequência					
Nota 1 (n)	41,7% (25)	25% (1)	45,7% (16)	38,1% (8)	
Nota 2 (n)	30% (18)	25% (1)	37,1% (13)	19% (4)	
Nota 3 (n)	28,3% (17)	50% (2)	17,1% (6)	42,9% (9)	
Coef.de Cramer			0,218		
Vício (escala 3 a 9)					teste de igualdade de média**
Média (dp)	6,43 (1,630)	7,25 (2,217)	6,20 (1,511)	6,67 (1,713)	0,347 aceita HO
IC95% Média	6,01 ; 6,85	3,72 ; 9,00	5,68 ; 6,72	5,89 ; 7,45	
1ºq;Mediana;3ºq	5,00 ; 7,00 ; 8,00	5,00 ; 8,00 ; 8,75	5,00 ; 6,00 ; 8,00	5,00 ; 7,00 ; 8,00	
Min - max	3,0 ; 9,0	4,0 ; 9,0	3,0 ; 9,0	3,0 ; 9,0	
Grau de vício (escala 0 -10)					teste de igualdade de média**
Média (dp)	5,72 (2,716)	7,08 (3,696)	5,33 (2,518)	6,11 (2,854)	0,347 aceita HO
IC95% Média	5,02 ; 6,42	1,20 ; 10,00	4,47 ; 6,20	4,81 ; 7,41	
1ºq;Mediana;3ºq	3,33 ; 6,67 ; 8,33	3,33 ; 8,33 ; 9,58	3,33 ; 5,00 ; 8,33	3,33 ; 6,67 ; 8,33	
Min - max	0,0 ; 10,0	1,7 ; 10,0	0,0 ; 10,0	0,0 ; 10,0	

Satisfação com trabalho relacionamentos, amizade, saúde e sexo	População	Resultados			P = 5%
		G1	G2	G3	
Seu trabalho					
Freqüência					0,130
Muito (n)	50,9% (29)	0% (0)	58,8% (20)	45% (9)	
Não Muito (n)	49,1% (28)	100% (3)	41,2% (14)	55% (11)	
Total	100% (57)	100% (3)	100% (34)	100% (20)	
Coef. de Cramer			0,273		
Seus relacionamentos afetivos					
Freqüência					0,243
Muito (n)	45,6% (26)	0% (0)	52,9% (18)	40% (8)	
Não Muito (n)	54,4% (31)	100% (3)	47,1% (16)	60% (12)	
Total	100% (57)	100% (3)	100% (34)	100% (20)	
Coef. de Cramer			0,248		
Suas amizades					
Freqüência					0,105
Muito (n)	56,9% (33)	25% (1)	67,6% (23)	45% (9)	
Não Muito (n)	43,1% (25)	75% (3)	32,4% (11)	55% (11)	
Total	100% (58)	100% (4)	100% (34)	100% (20)	
Coef. de Cramer			0,276		
Sua saúde					
Freqüência					0,746
Muito (n)	32,8% (19)	25% (1)	29,4% (10)	40% (8)	
Não Muito (n)	67,2% (39)	75% (3)	70,6% (24)	60% (12)	
Total	100% (58)	100% (4)	100% (34)	100% (20)	
Coef. de Cramer			0,114		
Sua vida sexual					
Freqüência					0,065
Muito (n)	41,4% (24)	0% (0)	52,9% (18)	30% (6)	
Não Muito (n)	58,6% (34)	100% (4)	47,1% (16)	70% (14)	
Total	100% (58)	100% (4)	100% (34)	100% (20)	
Coef. de Cramer			0,315		
grau de satisfação (escala 0-5)					
Média (dp)	2,3 (1,72)	0,5 (1,00)	2,6 (1,69)	2,0 (1,69)	0,045
IC95% media	1,8 ; 2,7	0,0 ; 2,1	2,0 ; 3,2	1,2 ; 2,8	
1ºq;mediana;3ºq	0,8 : 2,0 : 4,0	0,0 : 0,0 : 1,5	1,0 : 3,0 : 4,0	0,3 : 2,0 : 3,0	
Min ; max	0,0 : 5,0	0,0 : 2,0	0,0 : 5,0	0,0 : 5,0	
grau de satisfação (escala 0-10)					
Média (dp)	4,5 (3,45)	1,0 (2,00)	5,2 (3,38)	4,0 (3,37)	0,045
IC95% media	3,6 ; 5,4	0,0 ; 4,2	4,1 ; 6,4	2,4 ; 5,6	
1ºq;mediana;3ºq	1,5 : 4,0 : 8,0	0,0 : 0,0 : 3,0	2,0 : 6,0 : 8,0	0,5 : 4,0 : 6,0	
Min ; max	0,0 : 10,0	0,0 : 4,0	0,0 : 10,0	0,0 : 10,0	

QSG pré	Geral	Resultados			valor - p
		G1	G2	G3	
n	42	2	24	16	
STRESS PSÍQUICO (escala 0-4)					
Média (dp)	1,96 (0,602)	2,19 (0,163)	1,90 (0,553)	2,00 (0,711)	0,753
IC95% Média	1,77 ; 2,14	0,73 ; 3,66	1,67 ; 2,14	1,63 ; 2,38	
1ºq;Médiana;3ºq	1,46 ; 1,69 ; 2,31	2,08 ; 2,19 ; .	1,46 ; 1,69 ; 2,21	1,50 ; 1,69 ; 2,54	
Min ; max	1,2 ; 3,9	2,1 ; 2,3	1,3 ; 3,2	1,2 ; 3,9	
Frequência					
Abaixoda Médiana(1) (n)	61,9% (26)	0% (0)	66,7% (16)	62,5% (10)	0,256
Acima da Médiana(1) (n)	38,1% (16)	100% (2)	33,3% (8)	37,5% (6)	
Coef. de Cramer			0,288		
Frequência					
Abaixodo 85-percentil(2) (n)	92,9% (39)	100% (2)	91,7% (22)	93,8% (15)	1,000
Acima do 85-percentil(2) (n)	7,1% (3)	0% (0)	8,3% (2)	6,3% (1)	
Coef. de Cramer			0,073		
DESEJO DE MORTE (escala 0-4)					
Média (dp)	1,38 (0,551)	2,13 (0,530)	1,30 (0,447)	1,41 (0,650)	0,123
IC95% Média	1,21 ; 1,55	0,00 ; 6,89	1,11 ; 1,49	1,06 ; 1,75	
1ºq;Médiana;3ºq	1,00 ; 1,13 ; 1,66	1,75 ; 2,13 ; .	1,00 ; 1,13 ; 1,38	1,00 ; 1,13 ; 1,59	
Min ; max	1,0 ; 3,5	1,8 ; 2,5	1,0 ; 2,6	1,0 ; 3,5	
Frequência					
Abaixoda Médiana(1) (n)	57,1% (24)	0% (0)	62,5% (15)	56,3% (9)	0,293
Acima da Médiana(1) (n)	42,9% (18)	100% (2)	37,5% (9)	43,8% (7)	
Coef. de Cramer			0,265		
Frequência					
Abaixodo 85-percentil(2) (n)	83,3% (35)	50% (1)	83,3% (20)	87,5% (14)	0,454
Acima do 85-percentil(2) (n)	16,7% (7)	50% (1)	16,7% (4)	12,5% (2)	
Coef. de Cramer			0,207		
DESCONFIANÇA NO DESEMPENHO (escala 0-4)					
Média (dp)	2,03 (0,575)	2,26 (0,374)	1,95 (0,455)	2,12 (0,743)	0,564
IC95% Média	1,85 ; 2,21	0,00 ; 5,63	1,76 ; 2,14	1,72 ; 2,51	
1ºq;Médiana;3ºq	1,69 ; 1,85 ; 2,31	2,00 ; 2,26 ; .	1,62 ; 1,85 ; 2,21	1,66 ; 1,82 ; 2,53	
Min ; max	1,2 ; 4,0	2,0 ; 2,5	1,4 ; 3,2	1,2 ; 4,0	
Frequência					
Abaixoda Médiana(1) (n)	52,4% (22)	0% (0)	54,2% (13)	56,3% (9)	0,522
Acima da Médiana(1) (n)	47,6% (20)	100% (2)	45,8% (11)	43,8% (7)	
Coef. de Cramer			0,235		
Frequência					
Abaixodo 85-percentil(2) (n)	85,7% (36)	50% (1)	91,7% (22)	81,3% (13)	0,158
Acima do 85-percentil(2) (n)	14,3% (6)	50% (1)	8,3% (2)	18,8% (3)	
Coef. de Cramer			0,269		
DISTÚRBIOS DE SONO (escala 0-4)					
Média (dp)	1,92 (0,706)	2,00 (0,471)	1,99 (0,721)	1,80 (0,726)	0,704
IC95% Média	1,70 ; 2,14	0,00 ; 6,24	1,69 ; 2,30	1,42 ; 2,19	
1ºq;Médiana;3ºq	1,29 ; 1,83 ; 2,38	1,67 ; 2,00 ; .	1,38 ; 1,83 ; 2,50	1,17 ; 1,92 ; 2,17	
Min ; max	1,0 ; 3,5	1,7 ; 2,3	1,0 ; 3,5	1,0 ; 3,3	
Frequência					
Abaixoda Médiana(1) (n)	31% (13)	0% (0)	25% (6)	43,8% (7)	0,964
Acima da Médiana(1) (n)	69% (29)	100% (2)	75% (18)	56,3% (9)	
Coef. de Cramer			0,245		
Frequência					
Abaixodo 85-percentil(2) (n)	73,8% (31)	50% (1)	66,7% (16)	87,5% (14)	0,248
Acima do 85-percentil(2) (n)	26,2% (11)	50% (1)	33,3% (8)	12,5% (2)	
Coef. de Cramer			0,257		
DISTÚRBIOS PSICOSSOM (escala 0-4)					
Média (dp)	1,82 (0,512)	2,00 (0,000)	1,76 (0,413)	1,89 (0,663)	0,671
IC95% Média	1,66 ; 1,98		1,59 ; 1,94	1,53 ; 2,24	
1ºq;Médiana;3ºq	1,48 ; 1,70 ; 2,03		1,50 ; 1,60 ; 1,98	1,33 ; 1,70 ; 2,25	
Min ; max	1,3 ; 3,9	2,0 ; 2,0	1,3 ; 3,0	1,3 ; 3,9	
Frequência					
Abaixoda Médiana(1) (n)	42,9% (18)	0% (0)	50% (12)	37,5% (6)	0,446
Acima da Médiana(1) (n)	57,1% (24)	100% (2)	50% (12)	62,5% (10)	
Coef. de Cramer			0,228		
Frequência					
Abaixodo 85-percentil(2) (n)	85,7% (36)	100% (2)	83,3% (20)	87,5% (14)	1,000
Acima do 85-percentil(2) (n)	14,3% (6)	0% (0)	16,7% (4)	12,5% (2)	
Coef. de Cramer			0,108		
SAÚDE GERAL (escala 0-4)					
Média (dp)	1,90 (0,486)	2,23 (0,283)	1,83 (0,401)	1,95 (0,607)	0,456
IC95% Média	1,74 ; 2,05	0,00 ; 4,77	1,66 ; 2,00	1,63 ; 2,28	
1ºq;Médiana;3ºq	1,55 ; 1,75 ; 2,28	2,03 ; 2,23 ; .	1,57 ; 1,73 ; 2,03	1,49 ; 1,75 ; 2,32	
Min ; max	1,4 ; 3,8	2,0 ; 2,4	1,4 ; 2,8	1,4 ; 3,8	
Frequência					
Abaixoda Médiana(1) (n)	42,9% (18)	0% (0)	50% (12)	37,5% (6)	0,446
Acima da Médiana(1) (n)	57,1% (24)	100% (2)	50% (12)	62,5% (10)	
Coef. de Cramer			0,228		
Frequência					
Abaixodo 85-percentil(2) (n)	76,2% (32)	50% (1)	83,3% (20)	68,8% (11)	0,368
Acima do 85-percentil(2) (n)	23,8% (10)	50% (1)	16,7% (4)	31,3% (5)	
Coef. de Cramer			0,214		





Tempo de Sobrevida (meses)	BDI		p=5%
	Mínimo / Leve	Moderado / Grave	
Número de pacientes	86,7% (48)	14,3% (8)	
			teste de igualdade de distribuições de sobrevida *
Média (ep)	10,0	7,0	0,008 rejeito H0
IC95% media	9,0 ; 11,0	4,0 ; 10,0	
Mediana	maior 12	6	
Limitado por	12	12	
Frequência			
Porcentagem de abstenios (n)	53% (29)	17,9% (2)	
Porcentagem de fumantes (recaída, não parou) (n)	47% (19)	82,1% (6)	
Probabilidade de sobrevida - abstinencia			
Em 6 meses	0,8542	0,3750	
Em 9 meses	0,6711	0,3750	
Em 12 meses	0,5298	0,0000	
Risco de recaída= 1-probabilidade de sobrevida			
Em 6 meses	0,1458	0,6250	
Em 9 meses	0,3289	0,6250	
Em 12 meses	0,4702	1,0000	

8 REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM – IV- TR. *Amer Psychiatric Pub Inc*, 2000.

Araújo AJ, Caldas N, Borges MT, Ortolan F, Cassabian LA, Zoucas MA. Abordagem de populações especiais: tabagismo e mulher – razões para abordagem específica de gênero. In: *Atualização no tratamento do tabagismo*, orgs, GigliottiAP, Presman S. Rio de Janeiro:ABP – Saúde,2006. p.107-28

Bandura A. *Social foundations of thought and action: social cognitive theory*. Nova Jersey: Englewood Cliffs, Prentice-Hall; 1986.

Beck JS. *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas (Artmed)), 1997.

Becker DM. Enfoques clínicos dos fatores de risco cardiovascular:tabagismo. In: *Compêndio de Cardiologia Preventiva*. American Heart Association, São Paulo:EPUC, 1997; p.143-57.

Becoña E., Vasquez F. *Estado actual de las alternativas terapéuticas para dejar de fumar*. *Addiciones*, 1998;10:69-82.

Becoña E.,Vazquez FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Rev Esp Salud Publica*, 2000;74(1), Janeiro/fevereiro.

Borhani NO. Primary prevention of coronary heart disease: a critique. *Am J Cardiol*,1977;40:251-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Ajudando seu paciente a deixar de fumar*. Autoria: Ministério da saúde. Secretaria Nacional de assistência à saúde. INCA. Coord. Nacional de Controle do tabagismo e prevenção primária do câncer. INCA, Rio de Janeiro:RJ, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer-INCA.Coordenação de Prevenção e vigilância(CONPREV). *Abordagem e tratamento do fumante*. Consenso 2001, Rio de Janeiro:INCA, 2001;p.38.

Brummett BH., Babyak MA. Predictors of smoking cessation in patients with a diagnosis of coronary artery disease.*J Cardiopulm Rehabil*,2002;22:143- 7.

Carvalho JT. *O Tabagismo- Visto sob vários aspectos*. Rio de Janeiro:Medsi, 2000; p.378.

Christen AG,Cooper KH. Strategic withdrawal from cigarette smoking. *CA Cancer JClin*,1979;29(2):96-107.

Colosimo EA., Giolo SR. *Análise de sobrevivência aplicada*. São Paulo: Ed Edgard Blücher, 2006.

Comuz J, Humair JP.,Seematter L, StoianovR, Van Melle G,Stalder H, Pecoud A . Efficacy of resident training in smoking cessation: a randomized, controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. *Ann Intern Med*, 2002;136:429-3

Costa Neto PLO. *Estatística*. 2nd ed.São Paulo: Ed Edgard Blücher, 2002.Costa e Silva VL, Romero LC. Programa nacional de combate ao fumo: plano de trabalho para o período 1988-2000. *Rev Bras Cancerol*, 1988;34:245-54.

Covey LS, Glassman AH. A randomized trial of sertraline as a cessation aid for smokers with a history of major depression. *Am J Psychiatry*, 2002;159:1731-7.

Cunha JA. *Manual da Versão em Português das Escalas Beck*./Jurema Alcides Cunha. São Paulo:Casa do Psicólogo,2001.

Dale LC, Glover ED, Sachs DPL, Schroeder DR, Offord KP, Croghan IT,Hurt MD. Bupropion for smoking cessation. Predictors of successful outcomes. *Chest*, 2001;119:1357-64.

Dorea AJP e Botelho C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. *Jornal Bras Pneumologia*, 2004; 30 (Supl 2): 41-45.

Fagerström KO. Treatment of nicotine dependence. *Prog Brain Res*, 1989;79:321-6.

Fiore MC, Kenford SL, Jorenby DE, Wette rDW, Smith SS, Baker TB. Two studies of the clinical effectiveness of the nicotine patch with different counseling treatments. *Chest*, 1994;105:524-33.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. *Treating Tobacco use and dependence.Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000.

Focchi GRA, Braun IM. Tratamento farmacológico do tabagismo. *Rev Psiquiatr Clin*, 2005;32(5):249-50.

Fonseca AM. Menopausa e tabagismo. *Revista Ginec Obstet*, 1999;10(1):21-5.

Fuchs FD. Fármacos usados em cardiopatia isquêmica. In: Fuchs FD, Wannmacher L. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. p.384-409.

Jiménez AS. Efectos del tabaco em el organismo. *PCM Ser Symp*, 1990;4(1):38-43.

Glassman AH, Covey LS, Setner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet*, 2001;357:1929-32.

Goresnstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin* 1998 25(5) edição especial 245-50.

Gorgulho M. Adolescência e toxicomania. In: Silveira Filho DX, Gorgulho M. (eds). *Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias. Uma experiência do PROAD*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p.149-69.

Haggstram FM, Chatkin J.M, Cavalet-Blanco D, Rodin V, Fritscher CC. Tratamento do tabagismo com Bupropiona e reposição nicotínica. *J Pneumol* 2001; 27(5):255-261.

Hall SH, Munos RF, Reus VI. Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive- history smokers. *J Consult Clin Psychol*, 1994;62:141-6.

Hall SM, Humfleet GL. Psychological intervention and antidepressant treatment in smoking cessation. *Arch Gen Psychiatry*, 2002; 50:930-6.

Hays JT, Hurt RD, Rogotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, Sachs DPL, Wolter TD, Buist AS, Johnston JA, White JD. Sustained-Release bupropione for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. *Ann Intern Med*, 2001;135:423-433.

Herrera N, Franco R, Herrera L, Partidas A, Rolando R; Fagerström KO. Nicotine gum, 2 and 4 mg, for nicotine dependence. A double-blind placebo-controlled trial within a behaviour modification support program. *Chest*, 1995;108:447-51.

Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, Khayrallah MA, Schroeder DR, Glover PN, Sullivan CR, Croghan IT, Sullivan PM. A comparison of sustained -release bupropion and placebo for smoking

cessation. *N Engl J Med* 1997; 337:1195-202.

Ismael SMC Tabagismo: aspectos médicos e psicológicos. *Soc Brasil Psicol. Hosp*, 2001;4 (1):27-31.

Ismael SMC A mulher cardiopata e o tabagismo. In: *Mulher e Coração: aspectos psicológicos ligados à cardiopatia*. orgs, Ribeiro ALA e Rosa DP, 2004: Campinas: Papyrus. P113-122

Ismael SMC, Quayle JMBR. A intervenção psicológica no tratamento do tabagista. In: *V Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*; 2005 ,7-10 setembro; São Paulo, Brasil.

Issa JS, Forti N, Giannini SD, Diament J. Intervenção sobre Tabagismo realizada por cardiologista em rotina ambulatorial. *Arq Bras Cardiol*, 1998;70(4):271-274.

Issa JS, Perez GH, Diament J, Zavattieri AJ, Oliveira KU. Efetividade da bupropiona no tratamento de pacientes tabagistas com doença cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, [no prelo] 2006.

Jamerson BD, Nides M, Jorenby DE, Donahue R, Garrett P, Johnston JA, Fiore MC, Rennard SI, Leischow SJ. Late-term smoking cessation despite initial failure: an evaluation of bupropion sustained release, nicotine patch, combination therapy and placebo. *Clinical Therapeutics*, 2001;23 suppl 5:744-52.

Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, Smith SS, Muramoto ML, Daughton DM, Doan K, Fiore MC, Baker TB. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340:685-91.

Kant I. *A crítica do juízo*. Tese: Análise do sublime. Os pensadores: São Paulo: Abril Cultural, 1983.

Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs J, Gustavsson G. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo controlled clinical trial. *Preventive Medicine*, 1995;24(1-1):41-7.

Labbadia EM, Ismael SMC. Uma visão psicológica do tabagista. In: *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. orgs. Oliveira MFP, Ismael SMC, 1995 a, Campinas: Papyrus, p.73

Labbadia EM, Ismael SMC, Fernandes ND, Berreta MA, David RJ, Schuman C, Pavanello R, Cury Jr A. Atendimento multiprofissional ao tabagista. *Rev Soc Cardiol Est, São Paulo* 1995b;5 suppl 5A:6-11.

Laje RP, Berman JA, Glassman AH. Depression and nicotine: preclinical and clinical evidence for common mechanisms. *Curr Psychiatry Rep*, 2001;3(6): 470-4.

Leite JCT, Franken RA. Psicoterapia de grupo no tratamento da dependência de nicotina: experiência da Santa Casa de São Paulo. *Rev Soc. Cardiol. Est. São Paulo*, 1999;9:(suplA),1-10.

Leshner AL. Understanding drug addiction: implications for treatment. *Hosp. Pract.*, 1996;15:47-59.

Lewis DC. O papel do generalista na assistência ao paciente que abusa de drogas. *Clin Med Am Norte*, 1997;4:805-17.

Lolio C, Laurenti R. Tendência da mortalidade por doenças cerebrovasculares em adultos maiores de 20 anos de idade no Município de São Paulo (Brasil), 1950 a 1981. *Rev Saúde Pública*, 1986;20:343-6.

Manley MW, Epps RP, Glynn TJ. Papel do clínico na interrupção do tabagismo. *Clin Med Am Norte*, 1992;2:481-99.

May S, West R. Do social support interventions aid smoking cessation? A review. *Tobacco Control*, 2000;9(4):415-22.

Meirelles RHS, Gonçalves CMC. Abordagem Cognitivo-comportamental do fumante. Diretrizes para cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2004;30(Supl 2):30-35.

Miller WR, Rollnick S. O que motiva as pessoas à mudança? In: *Entrevista Motivacional*, Porto Alegre:Artmed, 2001. p.30-42

Moorey S. Abusadores de drogas. In: Scott J, Williams JMG, Beck AT. *Terapia Cognitiva na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 1994;p.192-223.

Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo S. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 1995;29(1):46- 51.

Palfai T, Jankiewicz H. *Drugs and human behavior*. 2nd ed. Madison, Wis, Brown , Benchmark, 1997.chap 14.

Pasquali L, Gouveia VV, Wagner BA, Miranda FJ, RamosALM. *Questionário de Saúde Geral de Goldberg*. Manual Técnico do QSG: adaptação brasileira/David P. Goldberg, São Paulo:Casa do Psicólogo, 1996.

Perez GH Fatores preditivos de recaída no tabagismo após hospitalização por episódio de Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis. *Revista SOCESP*, 2004;14(2): (supl B),15.

Presman S, Carneiro E, Gigliotti A . Tratamentos não farmacológicos para o tabagismo. *Rev Psiq Clin*, 2005; 32 (5);267-275.

Presman S. Intervenção intensiva e terapia de grupo. In: *Atualização no tratamento do tabagismo*, orgs, Gigliotti AP, Presman S. Rio de Janeiro:ABP – Saúde,2006. p.27-51

Prochaska JD, Di Clemente CC, Hover-Ross JC. In search of how people change: applications to addictive behavior. *Am Psych Assoc*,1992;47:1102-14.

Ostbye T, Taylor Jr DH. The effect of smoking on Years of Healthy Life (YHL) lost among middle-aged and Older Americans. *Health Services Research*, 2004;39(3):531-51.

Otero UB, Perez CA, Szklo M, Esteves GA, Pinho MM, Szklo AS, Turci SRB. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*, 2006;22(2);439-49.

Rangé B. (org) *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre:Artmed, 2001. p.567

Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Rev Psiq Clin*, 2003;30 (6):221-28.

Rosemberg J. *Pandemia do tabagismo. Enfoques históricos e atuais*.S.E.S. 2002. p.184

Rosemberg J. *Nicotina: Droga Universal*. São Paulo:S.E.S./CVE,2003. 174p.

Sartre JP. *O ser e o nada*. Os Pensadores. São Paulo:Abril Cultural,1984.

Schwartz JL. Método para parar de fumar. *Clín Méd Am Norte*. 1992;2:457-79.

Sonderskov J, Olsen J, Sabroe S, Meillier L, Overvad K. Nicotine patches in smoking cessation: a randomized trial among over-the-counter-customers in Denmark. *Am J Epidemiol*, 1997; 145:309-18.

Stapleton J, Russell MH, Feyerabend C, Wiseman SM, Gustavsson G, Sawe U, Wiseman D. Dose effects and predictors of outcome in a randomized trial of transdermal nicotine patches in general practice. *Addiction*,1995;90(1-1):31-5.

Unimed. *CID – 10: código internacional de doenças: edição simplificada*. São José do Rio Preto: Unimed, 1999.

Vander Straten M, Carrasco D, Paterson MS, McCrazy ML, Meye DI, Tying SK. Tobacco use skin disease. *South Med J* ,2001;34:621-34.

Vieira S, Hoffmann R. *Estatística experimental*. São Paulo:Ed Atlas,1989.