



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MÁRCIA REGINA PIZZO DE CASTRO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E QUALIDADE DE VIDA DE
FUMANTES EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE
ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO**

Londrina
2009

MÁRCIA REGINA PIZZO DE CASTRO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E QUALIDADE DE VIDA DE
FUMANTES EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE
ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sandra Odebrecht Vargas Nunes

Londrina
2009

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

C355c Castro, Márcia Regina Pizzo de.
Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de
referência de abordagem e tratamento do tabagismo / Márcia Regina Pizzo de
Castro. – Londrina, 2009. 101 f. : il.

Orientador: Sandra Odebrecht Vargas Nunes.

Dissertação (Mestrado em Medicina e Ciências da Saúde) – Universidade
Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Medicina e Ciências da Saúde, 2009.

Inclui bibliografia.

1. Fumo – Vício – Tratamento – Teses. 2. Fumantes – Qualidade de vida –
Teses. 3. Fumo – Efeito fisiológico – Teses. I. Nunes, Sandra Odebrecht Vargas. II.
Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Medicina e Ciências da Saúde. III. Título.

CDU 613.84

MÁRCIA REGINA PIZZO DE CASTRO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E QUALIDADE DE VIDA DE
FUMANTES EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ABORDAGEM E
TRATAMENTO DO TABAGISMO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a. Sandra Odebrecht Vargas Nunes
(Presidente)

Prof. Dr. Olavo Franco Ferreira Filho
(Membro)

Prof.^a Dr.^a. Elisabete de Fátima Polo de Almeida
Nunes (Membro)

Londrina, ____ de _____ de 2009.

DEDICATÓRIA

A Deus, pela vida e pelas inúmeras bênçãos possibilitando a realização deste sonho.

Aos meus pais, Tolentino e Rosa, mestres incondicionais, pela oportunidade desta existência, que compartilharam comigo, por meio do exemplo, o tipo de amor, paciência e fé que são capazes de transformar vidas, e que permanecem exercendo em plenitude a função de pais.

Ao Danilo, companheiro e amigo, que nos momentos da ausência materna, soube compreender, incentivar e dar forças para que esta jornada pudesse ser finalizada.

Ao Mário Sérgio, companheiro e amigo, meu grande incentivador, que acreditou na minha capacidade de vencer os obstáculos.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Prof^ª Dr^ª Sandra Odebrecht Vargas Nunes, sempre amiga, verdadeira mestre, com sabedoria, generosidade e dedicação, compartilhou seus conhecimentos durante toda etapa deste trabalho. Muito obrigada por incentivar, acreditar, ensinar e por todo aprendizado e dedicação, a minha profunda gratidão e carinho.

À Rita, obrigada pelo carinho, por compartilhar os momentos da construção deste sonho, pelo braço amigo, pela sua existência.

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares que estiveram ao meu lado, mesmo que distantes, sempre presentes, demonstrando apoio e carinho.

À Profª Drª Tiemi Matsuo, por acreditar, ensinar e sempre corrigir quando necessário. Obrigada pela paciência, atenção e contribuição na interpretação das análises estatísticas.

Ao Profº Dr. Olavo Franco e Profª Drª. Elizabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes, pois “Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”. Obrigada pelo carinho e ensinamentos.

À “família” da Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade – DASC – pelo carinho, compreensão e incentivos fundamentais para a concretização deste estudo.

Márcia, Cidinha e Vilma, da Biblioteca do HU, meus sinceros agradecimentos pelo carinho, pelos “socorros”, atenção e dedicação recebidos, oportunizando a efetiva finalização deste trabalho.

À Luziane e Silvia, pela força, carinho, vibração e auxílio amigo em todas as etapas deste trabalho.

Aos amigos de turma do Curso de Pós Graduação em Medicina e Ciências da Saúde – “O valor das coisas não está no tempo que elas duram... mas na intensidade com que acontecem... Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis” (Fernando Pessoa).

Ao Daniel, Carlos, Danilo, Rafaela e Mariane pelo carinho, dedicação, paciência, pelas horas difíceis lembrando-me de que era possível, pela disposição e companheirismo dispensados durante toda a etapa da realização deste trabalho.

À equipe do Hemocentro Regional de Londrina meus sinceros agradecimentos pelo incentivo e apoio recebidos para a realização deste estudo.

Aos meus amigos, pela compreensão, carinho e incentivos.

Aos docentes do Curso de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, meus sinceros agradecimentos pelo carinho e ensinamentos recebidos.

A Rose do Curso de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, sempre amiga, dedicada, que nos acompanhou em todos os momentos, obrigada pelo incentivo, carinho e apoio recebidos.

Aos pacientes do Ambulatório do Tabagismo e doadores de sangue que tornaram este trabalho realidade.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram com a realização deste estudo.

Não existe um caminho para a felicidade.
A felicidade é o caminho.

Nunca perca a fé na humanidade,
pois ela é como um oceano.
Só porque existem algumas gotas
de água suja nele, não quer dizer
que ele esteja sujo por completo.

O que quer que você faça
será insignificante,
mas é muito importante que você o faça.

Se um único homem atingir
a plenitude do amor,
neutralizará o ódio de milhões.
Seja a mudança que quer ver no mundo.

(Mahatma Gandhi)

Castro, MRP. **Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo.** [Dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2009.

RESUMO

Objetivos: Analisar os seguintes aspectos em fumantes e pessoas que nunca fumaram: qualidade de vida, hospitalização no último mês, índice de massa corpórea (IMC), incapacidades, transtorno mental na família, doenças relacionadas ao uso de tabaco, depressão e uso de substâncias psicoativas. Avaliar os seguintes dados em fumantes com ou sem associação com depressão e/ou uso de substâncias psicoativas: a idade de início, gravidade de dependência de nicotina e tentativas de abandono. **Métodos:** O estudo foi transversal e a amostra foi de conveniência. Fumantes (n=167) foram recrutados a partir do Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e estes foram comparados com pessoas que nunca fumaram doadores de sangue do Hemocentro UEL (n=272). Os instrumentos foram: questionário estruturado, teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST v 3.0), World Health Organization Instrument to Assess Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF), teste de Fargerström de Dependência de Nicotina (FTND) e critérios diagnósticos para pesquisa de depressão. O IMC foi calculado dividindo-se peso por altura². A incapacidade laboral foi considerada quando o indivíduo estava recebendo auxílio-doença. Fumantes e nunca fumantes de ambos os sexos, com idades entre 18 e 65 anos foram recrutados. Todos os sujeitos deram consentimento por escrito para participar do estudo e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL. **Resultados:** A média de idade foi de 45,7 anos para fumantes que queriam cessar o tabagismo, e 44,3 anos para nunca fumantes. A busca para o tratamento de cessação do tabagismo foi maior entre as mulheres: 61,1% (n=102), comparada aos homens: 38,9% (n=65). Fumantes foram relacionados com incapacidades laborais e domésticas, hospitalização, depressão, uso de sedativos e mais transtorno mental na família. Fumantes tiveram piores escores do que nunca fumantes em todos os domínios da qualidade de vida do WHOQOL- Bref. A média de idade de início do tabagismo em fumantes com depressão ou uso de substâncias psicoativas foi mais baixa do que em fumantes sem depressão ou uso de substâncias psicoativas. Fumantes tiveram mais diabetes, mais hipertensão arterial, mais doença cardíaca, mais doença respiratória e mais úlcera péptica do que os que nunca fumaram. O IMC foi menor entre fumantes comparados aos que nunca fumaram. **Conclusão:** O estudo sugere que nas intervenções para cessação do tabagismo deveriam identificar subgrupos de fumantes adultos com início precoce do consumo de tabaco, doenças que sofrem agravos pelo tabaco, depressão e uso de substâncias psicoativas. O abandono do uso de tabaco em pacientes com transtorno depressivo ou uso de substâncias psicoativas deve ser o mesmo recomendado para aqueles sem transtorno depressivo ou sem uso de substâncias psicoativas. Em programas de prevenção e controle do tabagismo devem-se focar os possíveis benefícios de cessar de fumar para melhorar a qualidade de vida, reduzir a morbidade, as incapacidades laborais, bem como os custos com o sistema público de saúde.

Descritores: Tabagismo. Qualidade de vida. Transtorno depressivo. Abandono do uso de tabaco. Transtorno por uso de tabaco.

Castro, MRP. **Clinical characteristics and quality of life of smokers in a reference center of smoking interventions and treatment** [Dissertation]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2009.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the following aspects in smokers and never smokers: quality of life, last month hospitalization, Body Mass Index (BMI), disabilities, level of nicotine dependence, disease related to tobacco, mental disorder in the family, depression, and psychoactive substance use. To evaluate the following in smokers with and without psychoactive substance use or depression: onset age, severity of nicotine dependence, and attempt to quit.

Methods: The study was cross-sectional with the use of convenience sample. Smokers (n=167) were recruited from Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo da Universidade Estadual de Londrina (UEL) and never smokers (n=272) were recruited among blood donors from Hemocentro of UEL. The measures used were: structured questionnaire, alcohol, smoking, and psychoactive substance involvement screening test (ASSIST), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- Bref), the Fagerström test for Nicotine Dependence (FTND), and the Diagnostic Interview for Research on Depression. Body Mass Index (*BMI*) was calculated dividing weight by height.² Work disability was considered for the subjects who were in the program of health-care system. Smokers and never smokers were from both genders, aged between 18 to 65 years. All subjects gave written informed consent to participate in the study and the research was approved by the Ethics Research Committee of UEL. **Results:** The mean age for smokers was 45.7 years and for never smokers was 44.3 years. The search for treatment to smoking cessation was higher between females: 61.1% (n=102) than for males; 38.9% (n=65). Smokers were closely related with work/domestic disabilities, hospitalization, depression, sedative use and more mental disorder in the family. Smokers had lower scores than never smokers concerning quality of life WHOQOL- Bref in all domains. The mean age of onset of cigarette use for smokers with depression or psychoactive substance use was lower than for smokers without psychoactive substance use or depression. Smokers were found to have diabetes, heart disease, respiratory disease, gastric ulcer, and hypertension more than never smokers. The mean BMI was smaller between smokers than never smokers. **Conclusion:** This study suggests that strategies to smoking cessation interventions would be to identify subgroups of adult smokers with early onset age of tobacco use, associated with tobacco-related disease, depression or psychoactive substance use. Smoking cessation for smokers with depressive disorders and psychoactive substance use are the same for those without depressive disorders and psychoactive substance use. Programs for the prevention and control of smoking should focus on the benefit of quitting smoking to improve quality of life, reduced morbidity, work disabilities, as well as the costs of public health-care systems.

Keywords: Smoking. Quality of life. Depressive disorder. Smoking cessation. Tobacco use disorder.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sócio-demográficas, incapacidades, transtorno mental na família de fumantes e nunca fumantes da amostra	29
Tabela 2 – Domínios da Qualidade de vida (WHOQOL-BREF) de fumantes e nunca fumantes da amostra	30
Tabela 3 – Depressão e uso de substâncias psicoativas de fumantes e nunca fumantes da amostra	31
Tabela 4 – Hábito tabágico entre fumantes sem depressão ou uso de substâncias psicoativas e fumantes com depressão ou uso de substâncias psicoativas da amostra	32
Tabela 5 – Características Clínicas, hospitalização e IMC de fumantes e nunca fumantes da amostra	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHC	Ambulatório do Hospital de Clínicas
ASSIST	Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e outras Drogas
CID-10	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRATT	Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo
FTND	Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina
HUL	Hospital Universitário de Londrina
IMC	Índice de Massa Corpórea
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
QV	Qualidade de Vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life Instrument Bref

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS	21
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	21
3.2 LOCAL DO ESTUDO	21
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	21
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	22
3.4.1 Coleta de Dados.....	23
3.4.2 Instrumentos para a Coleta de Dados	23
3.4.2.1 Caracterização sócio-demográfica, situação de trabalho, clinica e hábito tabágico dos participantes	24
3.4.2.2 World health organization quality of life instrument bref (whoqol-bref)	24
3.4.2.3 Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (assist versão 3.0)	25
3.4.2.4 Depressão	25
3.4.2.5 Teste de fagerström para dependência de nicotina (FTND).....	26
3.4.2.6 Índice de massa corpórea (IMC)	26
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	26
3.6 DIVULGAÇÃO.....	27
4 RESULTADOS	29
5 DISCUSSÃO	35
6 CONCLUSÕES	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43

REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	48
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	49
APÊNDICE B – Encaminhamento do Artigo Para Publicação.....	51
APÊNDICE C – Artigo	52
ANEXOS	69
ANEXO A – Parecer CEP 067/07 – Aprovação do Projeto de Pesquisa	70
ANEXO B – Parecer CEP 048/05 – Aprovação do Projeto de Pesquisa	71
ANEXO C – Questionário.....	72
ANEXO D – Normas para Publicação no Jornal Brasileiro de Pneumologia.....	98

Viver é oportunidade de refletir sobre a própria vida, sobre o que fazer com ela. É a oportunidade para começar a viver de maneira a poder olhar para trás, no dia de nossa morte, com dignidade e com integridade. Que nesse dia se possa dizer adeus com um sentimento de paz.

(David Servan- Schreiber)

1 INTRODUÇÃO

O consumo do tabaco associa-se a maior predisposição para doenças, incapacidades e alta morbimortalidade, resultando em piora da saúde e da qualidade de vida da população em geral¹⁻⁴.

Estima-se que, em todo o mundo, por ano, ocorram cinco milhões de mortes relacionadas ao hábito de fumar, sendo responsável por 10 mil mortes por dia, ou seja, uma pessoa a cada seis segundos, e reduz a expectativa de vida em 15 anos⁵. Se não ocorrerem mudanças no atual padrão de consumo de tabaco, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o número de fumantes passará do ano 2000 a 2030 de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões e que o número de mortes atribuíveis ao tabagismo passará a 10 milhões, sendo que 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos⁶.

O tabagismo e a exposição à fumaça do cigarro estão associados a aproximadamente 443.000 mortes prematuras, e 5,1 milhões de anos de vida perdidos. A prevenção de início e a cessação do tabaco em todas as idades é benéfica na redução da mortalidade e da morbidade. Nos Estados Unidos, estima-se que 19,8% dos adultos são fumantes atuais de cigarros e cerca de 40% dos fumantes tentam parar a cada ano. O tabagismo aumenta os custos médicos e contribui para a perda de produtividade em todo o mundo. Anualmente, calcula-se um custo de US\$ 64,2 bilhões para homens e cerca de US\$ 32,6 bilhões para mulheres⁷.

O uso do tabaco associa-se a elevados custos sociais e econômicos originários do aumento da morbidade e da mortalidade. Eles incluem, entre outros, os seguintes custos gerados pelos fumantes: uso de recursos de saúde, ausência no trabalho, perda da produtividade e pagamento de auxílio-doença⁸. Em países desenvolvidos, os custos relacionados aos cuidados com as doenças associadas ao tabagismo consomem de 6% a 15% do gasto total com saúde⁹.

Nos últimos anos, tem sido observado um aumento no número de estudos mensurando a qualidade de vida em tabagistas, e um ponto em comum encontrado nessas pesquisas é a melhor qualidade de vida dos não tabagistas quando comparados aos tabagistas^{1, 3-4, 10}.

Segundo as diretrizes para cessação do tabagismo, o fumante, ao ser submetido à avaliação clínica na admissão ao programa de cessação do tabagismo, seja ele

saudável, com doenças relacionadas ao tabagismo ou com outras co-morbidades, deve objetivar a reconquista da saúde e da qualidade de vida¹¹.

A dependência do tabaco é cada vez mais reconhecida como uma condição crônica que pode necessitar de repetidas intervenções. Deve-se enfatizar o papel do Estado e das políticas públicas no reconhecimento do tabagismo como um problema de saúde pública, visando a disponibilização do tratamento para todos os fumantes, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) quanto no Sistema de Saúde Suplementar¹¹. A OMS¹², na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), inseriu a dependência do tabaco como doença (F17.2) e o uso do tabaco como problema relacionado ao estilo de vida (Z72.0).

Cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar; no entanto, apenas 3% destes conseguem a cessação a cada ano, e a maioria deles para sem auxílio. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer – INCA¹³, com abordagem e tratamento do fumante estes percentuais aumentam, atingindo 20% a 30% em um ano.

Lemos¹⁴ relata que 50% dos pacientes psiquiátricos fumam, e somente 15% destes conseguem parar de fumar; entretanto, dos 25% fumantes da população geral, aproximadamente 50% conseguem a cessação. A dependência de nicotina pode ser considerada como uma expressão de vulnerabilidade psicopatológica individual e isto deve ser ponderado nas intervenções para a cessação do consumo de tabaco.

O tratamento para cessar de fumar deverá considerar o contexto clínico, a gravidade da dependência de nicotina, a idade de início do consumo do tabaco, as co-morbidades, a história familiar, a motivação para cessar, os condicionamentos, as situações e os sentimentos relacionados com o tabagismo¹⁵.

Em média, a maioria dos fumantes tenta parar de fumar quatro ou cinco vezes antes que as intervenções para a cessação do tabagismo sejam bem sucedidas. O fracasso do tratamento ocorreu em pacientes que tiveram problemas psiquiátricos ou com álcool. Estes devem submeter-se ao tratamento em centros de referência em cessação do tabagismo, onde participa de grupos de auto-ajuda e recebe aconselhamento e informações adicionais¹⁶. Em Centros de Referência para Abordagem e Tratamento de Fumantes do SUS, a cessação de fumar em quatro semanas variou entre 39% e 46%¹⁵.

Embora Reichert et al.¹¹, tenham utilizado nas diretrizes para cessação do tabagismo os graus de recomendação baseados em evidências científicas, existe a abordagem de grupos específicos, como os de co-morbidades psiquiátricas, em decorrência dos transtornos psiquiátricos e dependência de substâncias psicoativas apresentarem alta prevalência de tabagismo e dependência de nicotina, que é, em média, duas vezes maior do

que a observada na população geral e, na maioria das vezes, esses indivíduos consomem grandes quantidades diárias de cigarros.

Estudos genéticos vêm indicando que a iniciação do tabagismo, o grau de dependência, a dificuldade de cessação e a manutenção da abstinência são determinadas por um tipo de herança complexa, a qual envolve múltiplos polimorfismos genéticos^{11, 17, 18, 19}.

Diante deste panorama, novas pesquisas se fazem necessários para o tratamento do tabagismo devido ao consumo mais elevado de cigarros por pessoas que ingerem álcool e com história de doença depressiva do que por pessoas que não fazem uso de álcool e sem depressão²⁰. A dependência de nicotina está fortemente associada a transtornos psiquiátricos, sendo importante identificar esses subgrupos vulneráveis para estratégias que visem a melhora dos esforços dos profissionais de saúde na cessação do tabagismo entre os indivíduos que têm co-morbidades com dependência de nicotina e outros transtornos psiquiátricos²¹.

As hipóteses do estudo foram: 1) fumantes têm pior qualidade de vida, mais incapacidades, mais hospitalização, mais doenças que sofrem agravos pelo tabaco, mais história familiar de doenças mentais, mais fumantes em casa, mais depressão, mais uso de substâncias psicoativas e menor índice de massa corpórea (IMC) do que pessoas que nunca fumaram; 2) fumantes com depressão e uso de substâncias psicoativas têm pior gravidade de dependência de nicotina, idade de início do tabagismo mais precoce, maior consumo de cigarros/dia e mais dificuldades na cessação do tabagismo.

A garantia de não sermos derrotados está em nossas próprias mãos, porém a oportunidade de derrotar um inimigo é fornecida pelo próprio inimigo.

(Sun Tzu)

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as características sócio-demográficas, clínicas e qualidade de vida entre fumantes e pessoas que nunca fumaram.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conhecer as características sócio-demográficas de fumantes e nunca fumantes;
2. Conhecer as características clínicas de fumantes e nunca fumantes;
3. Analisar a qualidade de vida por meio do WHOQOL-BREF, capacidades laborais e domésticas, doenças relacionadas ao tabaco, hospitalização, história familiar em primeiro grau de doenças mentais, transtorno depressivo, uso de substâncias psicoativas e índice de massa corpórea (IMC) entre fumantes e nunca fumantes;
4. Analisar em fumantes com depressão e uso de substâncias psicoativas a gravidade de dependência, idade de início do consumo do tabaco e tentativas de cessar o tabaco.

Os profissionais hábeis facilitam a mudança se compreenderem seu processo e aprenderem como ativar ou instigar o desdobramento dele.

(Carlo D, Clemente)

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O delineamento do estudo foi transversal, descritivo e de abordagem quantitativa.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em dois serviços distintos do Hospital Universitário de Londrina (HUL), da Universidade Estadual de Londrina (UEL), localizada na cidade de Londrina, região norte do estado do Paraná, Brasil. Um dos serviços utilizados foi o Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo (CRATT), localizado no Ambulatório do Hospital de Clínicas (AHC), e o segundo foi o Hemocentro Regional de Londrina do HUL. O CRATT foi implantado atendendo ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) do Ministério da Saúde (MS) / INCA, sendo credenciado para abordagem e tratamento do fumante, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), pelo MS, de acordo com a Portaria SAS/MS 442 de 13 de agosto de 2004, onde foi elaborado o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por fumantes com intenção de serem acompanhados por um ano na tentativa da cessação do tabaco, que buscaram tratamento no CRATT, provenientes de Londrina e por nunca fumantes (controles) que procuraram voluntariamente o hemocentro para doação de sangue, no período da coleta de dados, também provenientes da mesma localidade. A abordagem do fumante consistia em sessões em grupo

de apoio, entre 10 a 15 participantes, de uma hora e meia, sendo realizada a consulta inicial de avaliação clínica do fumante, seguidas de quatro sessões iniciais estruturadas semanais, duas sessões quinzenais com os mesmos participantes e uma sessão mensal para prevenção de recaída, até completar um ano. Foram coordenadas por dois profissionais de saúde com capacitação pelo INCA. O CRATT realizava sessões grupais com base na terapia cognitivo-comportamental e individual na qual se utilizavam terapias combinadas de fármacos (antidepressivos e terapias de reposição de nicotina).

Os critérios de inclusão para ambos os grupos foram: idade entre 18 e 65 anos, e consentimento de participação voluntária no estudo. Não houve distinção entre os participantes no que se refere ao sexo. Os critérios de exclusão para ambos os grupos foram: presença de delírium, demência, amnésia e outros transtornos cognitivos.

A amostra foi de conveniência de tempo e lugar, e atendeu aos critérios de inclusão, sendo composta por todos os 167 fumantes do CRATT e por 272 nunca fumantes que entraram consecutivamente para doação de sangue. Os doadores de sangue foram controlados por idade e sexo, com diferença até dois anos, em relação aos fumantes em tratamento no AHC/UEL.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre janeiro/2006 e março/2008, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, com parecer CEP 067/07, em 30/05/07, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (Anexo A). Este projeto deu continuidade a um projeto de pesquisa anterior aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, com parecer CEP 048/05 (Anexo B).

Com o dimensionamento da amostra de tabagistas e controles e com a autorização para a coleta de dados, passou-se à seleção e capacitação dos coletadores.

Foram selecionados como coletadores para o grupo de tabagistas as duas pesquisadoras principais do estudo que estavam atuando no CRATT durante o período de coleta de dados. As pesquisadoras foram capacitadas em Abordagem Intensiva para Tratamento do Fumante preconizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), para atuação em centros especializados na abordagem e tratamento do fumante. Os demais instrumentos utilizados no estudo, não incluídos na capacitação do INCA, já estavam sendo utilizados pelos

coletadores em outras pesquisas do serviço. Assim, todos estavam familiarizados e habilitados para a utilização dos mesmos na coleta de dados. Foram selecionados como coletadores para o grupo dos nunca fumantes (controle) acadêmicos de medicina inscritos em projetos de Iniciação Científica e uma acadêmica de enfermagem. Todos também foram treinados pela equipe do CRATT e estavam habilitados para a utilização dos instrumentos para a coleta de dados, e semanalmente, realizou-se reunião para padronização de conduta.

3.4.1 Coleta de Dados

Os fumantes foram abordados individualmente pelos coletadores, em local privado, durante a avaliação clínica inicial para participação nos grupos terapêuticos. Os nunca fumantes foram convidados a participar da pesquisa após a triagem médica e laboratorial que confirmou a coleta de sangue, com procedimentos de coleta de dados iguais aos dos fumantes.

Todos os entrevistados, de ambos os grupos, receberam previamente todas as informações pertinentes à pesquisa, o sigilo dos dados, a possibilidade de retirar o consentimento na participação a qualquer momento, sem sofrer nenhuma censura. Nessa ocasião também tiveram sanadas todas suas dúvidas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (Apêndice A).

As pesquisadoras fizeram semanalmente a crítica dos dados coletados, e procederam à busca dos dados incompletos. Em seguida, os instrumentos completos foram encaminhados para digitação do banco de dados.

3.4.2 Instrumentos para a Coleta de Dados

Para a coleta de dados foram utilizados cinco instrumentos (Anexo C).

3.4.2.1 Caracterização sócio-demográfica, situação de trabalho, clínica e hábito tabágico dos participantes

Este instrumento foi composto por questões elaboradas pelas duas autoras do estudo a partir do referencial teórico sobre o tema, e por outras extraídas da proposta de instrumento utilizado pelo INCA, usado nos Ambulatórios de Abordagem e Tratamento do Tabagismo.

As características sócio-demográficas usadas foram: idade, gênero, etnia, situação conjugal e escolaridade.

Para a situação de trabalho foram incluídos: incapacidade laboral (se possui doença que incapacite para o trabalho) e incapacidade doméstica (se possui doença que incapacite para as atividades domésticas). Incapacidade laboral foi considerada para os indivíduos que estavam em um programa de auxílio-doença.

As características clínicas incluídas foram: fumantes em casa, história familiar em primeiro grau de transtorno mental, hospitalização no último mês (internação geral recente), gravidade de depressão, uso de substâncias psicoativas, diabetes, hipertensão arterial, doença cardíaca, câncer, doença respiratória, úlcera péptica e IMC.

Para o hábito tabágico buscou-se conhecer: idade de início do tabagismo, número de cigarros/dia, grau de dependência de nicotina e tentativa de parar.

3.4.2.2 World health organization quality of life instrument bref (whoqol-bref)

A qualidade de vida (QV) foi avaliada por meio da utilização do WHOQOL-BREF, adaptado e validado para língua portuguesa por Fleck et al.²². Trata-se de um instrumento com 26 questões distribuídas em quatro domínios: saúde física (7 questões), saúde psicológica (6 questões), relações sociais (3 questões), meio ambiente (8 questões) e 2 questões relacionadas com a avaliação global da QV. As propriedades psicométricas do WHOQOL-BREF são adequadas, bem como sua capacidade para avaliar a QV em fumantes²³.

3.4.2.3 Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (assist versão 3.0)

Trata-se de um questionário para rastreamento de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, que abrange: tabaco, álcool, canabinóides, cocaína, estimulantes do tipo anfetamina, sedativos, alucinógenos, inalantes, opióides e outras drogas²⁴⁻²⁵. A adaptação transcultural para a língua portuguesa foi realizada por Henrique et al.²⁶.

Os escores para o álcool foram: 0-10 para baixo risco; 11- 26 para risco moderado; e > 27 para alto risco. A pontuação para todas as outras substâncias foi: 0-3 para baixo risco; 4-26 para risco moderado; e > 27 para alto risco.

Para este estudo, foi adotado o critério de que o participante com pontuação de 27 ou mais para qualquer substância psicoativa sugere que o mesmo é de alto risco de dependência e que possivelmente está com problemas sócio-econômicos, de saúde e legais como resultado de seu abuso.

3.4.2.4 Depressão

O diagnóstico do transtorno depressivo foi realizado de acordo com critérios diagnósticos para pesquisa de depressão e Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10)²⁷.

Os critérios gerais para episódio depressivo são: A) episódio depressivo deve durar pelo menos duas semanas, sem episódios maníacos e desordens relacionadas às substâncias. B) O critério de depressão para os sintomas leves, moderado e grave foi a persistência de dos seguintes sintomas: (1) humor deprimido anormal pelo sujeito, a maior parte do dia, quase todos os dias; (2) acentuadamente menor interesse ou prazer em tudo, ou quase tudo, a maior parte das atividades do dia, quase todas; (3) fadiga ou perda de energia quase todos os dias.. C) os sintomas adicionais são: (1) perda da auto-estima e confiança; (2) sentimentos de auto-recriminação ou inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; (3) pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou qualquer comportamento suicida; (4) capacidade de pensar ou concentrar-se diminuída, ou indecisão; (5) alteração na atividade psicomotora com agitação ou lentificação; (6) qualquer tipo de perturbação do sono; (7)

alteração no apetite (diminuição ou aumento) com correspondente alteração de peso. O episódio depressivo leve deve ter o critério A, dois sintomas do critério B e dois sintomas do critério C. O episódio depressivo moderado deve ter o critério A, dois sintomas do critério B e quatro sintomas do critério C. O episódio depressivo grave: deve ter o critério A, três sintomas do critério B e cinco sintomas do critério C sem sintomas psicóticos²⁷.

3.4.2.5 Teste de fagerström para dependência de nicotina (FTND)

É o teste mais amplamente usado na detecção de dependência de nicotina entre fumantes. As mais conhecidas destas medidas são: o Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), publicado há 30 anos²⁸⁻²⁹; sua revisão, o Teste de Fagerström para dependência de nicotina (FTND), desenvolvido por Heatherton et al.³⁰; e sua confiabilidade, testada por Pomerleau et al.³¹. Foi traduzido e adaptado para o português por Carmo e Pueyo³². O FTND possui uma escala de seis itens e a pontuação de 0 a 10. Os escores para dependência de nicotina permitem a classificação da dependência em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos);baixo(3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos); muito alto (8 a 10 pontos)³³. Uma soma acima de seis pontos indica que, provavelmente, o paciente terá desconforto significativo (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar¹¹. O ponto de corte de FTND para a dependência de nicotina foi ≥ 5 ³⁴.

3.4.2.6 Índice de massa corpórea (IMC)

O IMC foi calculado dividindo-se peso por altura².

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram armazenados no programa Epidata e analisados no programa SAS versão 8.02. Para análise dos dados utilizou-se a média (\bar{x}), desvio padrão

(\pm DP) para as variáveis com distribuição gaussiana, a mediana para as variáveis com distribuição não gaussiana, a frequência bruta e percentual. As associações entre variáveis sócio-demográficas, clínicas e história tabagística foram analisadas utilizando o Teste Qui-quadrado (χ^2) ou Teste Exato de Fisher, e o Teste t de Student (t). Os escores da QV foram analisados pelo Teste U de Mann-Whitney e pelo Teste t de Student (t). O teste t de Student foi aplicado quando as variáveis apresentaram distribuição gaussiana e homogeneidade de variâncias, caso contrário aplicou-se o teste de Mann-Whitney. Em todas as análises realizadas adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). O poder dos testes foi de no mínimo 90% para os testes estatísticos efetuados para avaliar a qualidade de vida, incapacidades e depressão.

3.6 DIVULGAÇÃO

Esta pesquisa foi encaminhada em formato de artigo ao Jornal Brasileiro de Pneumologia para análise e posterior publicação (Apêndice B e C), e as normas de publicação dessa revista encontram-se no Anexo D.

A aprendizagem não é nada mais do que a descoberta de que algo é possível. Ensinar significa mostrar a uma pessoa que algo é possível.

(Frederick Perls)

4 RESULTADOS

A amostra foi composta por 167 fumantes de cigarros e por 272 pessoas que nunca fumaram, com média de idade de $45,7 \pm 9,8$ anos para fumantes e $44,3 \pm 9,7$ anos para nunca fumantes. O tratamento para cessação do tabagismo teve maior procura por mulheres 61,1% (102), comparada aos homens, 38,9% (65). Fumantes e nunca fumantes não diferiram em termos de idade ($p=1,164$), gênero ($p=0,640$), situação conjugal ($p=0,137$), escolaridade ($p=0,834$), ou etnia ($p=0,107$). No entanto, houve diferenças significativas na incapacidade laboral ($p<0,001$), na incapacidade para atividades domésticas ($p<0,0001$), no transtorno mental na família ($p<0,0001$) e na presença de fumantes em casa ($p<0,0001$), entre fumantes e nunca fumantes, sumarizadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas, incapacidades, transtorno mental na família de fumantes e nunca fumantes da amostra

Características	Fumantes (n=167)		Nunca Fumantes (n=272)		Análise Estatística
Idade (anos)	45,7 ± 9,8		44,3 ± 9,7		t=1,97 p=1,164
Gênero	n	%	n	%	$\chi^2= 0,22$ 1 g.l. p=0,640
Masculino	65	38,9	112	41,2	
Feminino	102	61,1	160	58,8	
Situação conjugal	n	%	n	%	$\chi^2= 4,03$ 2 g.l. p=0,133
União instável	34	20,4	37	13,6	
União estável	102	61,1	188	69,1	
Solteiro	31	18,6	47	17,3	
Escolaridade (anos)	11,2 ± 4,5		11,1 ± 5,2		t=0,21 p=0,834
Etnia	n	%	n	%	$\chi^2= 6,09$ 1 g.l. p=0,147
Branco	126	75,4	221	81,3	
Não Branco	41	24,6	51	18,7	
Incapacidade laboral	n	%	n	%	$\chi^2= 12,48$ 1 g.l. p<0,001
Sim	21	12,6	10	3,7	
Não	146	87,4	262	96,3	
Incapacidade Doméstica	n	%	n	%	$\chi^2=17,67$ 1 g.l. p<0,0001
Sim	27	16,2	12	4,4	
Não	140	83,8	260	95,6	
Transtorno mental família	n	%	n	%	$\chi^2=25,16$ 1 g.l. p<0,0001
Sim	80	47,9	67	24,6	
Não	87	52,1	205	75,4	
Fumantes em casa	n	%	n	%	$\chi^2=47,10$ 1 g.l. p<0,0001
Sim	78	46,7	44	16,2	
Não	89	53,3	228	83,8	

X² - Qui – Quadrado; g.l. – Grau de liberdade; \bar{X} – média; t – Teste t de Student

Tabela 2 – Domínios da Qualidade de vida (WHOQOL-BREF) de fumantes e nunca fumantes da amostra

Domínios da Qualidade de Vida	Fumantes (n=167)		Nunca Fumantes (n=272)		Análise Estatística
1: Físico					
\bar{X} e DP	15,20	3,10	16,98	1,81	
Mediana e Min Max	15,43	6,86 - 20,00	17,14	8,00 - 20,00	U=36,575 p<0,0001
2: Psicológico					
\bar{X} e DP	14,21	3,11	16,34	1,78	
Mediana e Min Max	14,67	4,67 - 19,33	16,67	10,00 - 20,00	U=57,520 p<0,0001
3:Relações sociais					
\bar{X} e DP	14,75	3,32	16,05	2,16	
Mediana e Min Max	14,67	4,00 - 20,00	16,00	8,00 - 20,00	U=15,774 p=0,0001
4: Meio ambiente					
\bar{X} e DP	13,80	2,20	14,44	1,87	
Mediana e Min Max	14,00	7,50 - 19,50	14,50	9,50 - 20,00	U=8,532 p=0,0035
Total					
\bar{X} e DP	12,96	3,25	16,60	2,21	t=13,975 p<0,0001

\bar{X} =média; DP=desvio padrão; t= Teste t de Student; U= Teste de Mann-Whitney.

A Tabela 2 demonstra os valores obtidos nos quatro domínios do instrumento de QV – WHOQOL-BREF. Os fumantes tiveram escores médios menores que os nunca fumantes nos domínios: físico (p<0,0001), psicológico (p<0,0001), social (p=0,0001) e do meio ambiente (p=0,0035).

Tabela 3 – Depressão e uso de substâncias psicoativas de fumantes e nunca fumantes da amostra

Contexto Clínico	Fumantes (n=167)		Nunca Fumantes (n=272)		Análise Estatística
	n	%	n	%	
Depressão					$\chi^2=73,39$ 1 g.l. p<0,0001
Leve	25	15,0	9	3,3	
Moderada	36	21,6	14	5,1	
Grave	21	12,6	10	3,7	
Ausente	85	50,9	239	87,9	
Uso de substâncias	n	%	n	%	
Álcool	5	3,0	1	0,4	Fisher p=0,2147
Canabinóide	2	1,2	-	-	Fisher p=0,1503
Cocaina	1	0,6	-	-	Fisher p=0,3884
Inalantes	1	0,6	-	-	Fisher p=0,3884
Sedativos	5	3,0	-	-	Fisher p=0,0085

χ^2 = Teste de qui-quadrado; g.l. = grau de liberdade; Fisher = Teste exato de Fisher

Também foi investigada a depressão e o uso de substâncias psicoativas entre fumantes e nunca fumantes, conforme apresentado na Tabela 3. Nos fumantes, foram verificadas: depressão moderada, em 21,6% (36); seguida de depressão leve, em 15% (25); e de depressão grave, em 12,6% (21). Em fumantes, houve diferenças significativas em mais depressão (p<0, 0001) e mais uso de sedativos (p=0,0085) do que em nunca fumantes. Não houve diferenças significativas entre fumantes e nunca fumantes no consumo de álcool (p=0,2147), maconha (p=0,1503), cocaína (p=0,3884) e inalantes (p=0,3884). Uso de estimulantes anfetaminas, alucinógenos e opióides não foram observados nos grupos.

Tabela 4 – Hábito tabágico entre fumantes sem depressão ou uso de substâncias psicoativas e fumantes com depressão ou uso de substâncias psicoativas da amostra

Hábito de Fumar	Fumantes sem depressão ou uso de substâncias (n=84)		Fumantes com depressão ou uso de substâncias (n=83)		Análise Estatística
Idade de início Tabagismo	16,35 ± 4,52		14,76 ± 4,09		t=2,3791 p=0,0185
Cigarros/dia	n	%	n	%	$\chi^2=0,5355$ 1 g.l. p=0,4643
> 20	49	58,3	53	63,9	
≤ 20	35	41,7	30	36,1	
Fagerström	n	%	n	%	$\chi^2=0,7572$ 1 g.l. p=0,3842
≤ 5	39	46,4	33	39,8	
≥ 5	45	53,6	50	60,2	
\bar{X} e DP	5,86 ± 2,18		6,04 ± 2,29		t=0,5172 p=0,6057
Tentativa de parar	n	%	n	%	Fisher p=0,4918
1-3	42	50,0	41	49,4	
> 3	20	23,8	25	30,1	
Tentou mas não conseguiu parar	22	26,2	16	19,3	
Nunca tentou	-	-	1	1,2	

\bar{X} =média; DP=desvio padrão; t=Teste *t* de Student; χ^2 =Teste de qui-quadrado; g.l.=grau de liberdade; Fisher = Teste exato de Fisher

Na Tabela 4 estão os dados referentes ao hábito tabágico entre fumantes com depressão ou em uso de substâncias psicoativas, e fumantes sem depressão ou sem uso de substâncias psicoativas. Verificou-se que a média de idade do início do consumo de cigarros foi 16,35 ± 4,52 anos para fumantes sem depressão ou sem uso de substâncias psicoativas, e de 14,76 ± 4,09 anos para fumantes com depressão ou em uso de substâncias psicoativas. Foi encontrada diferença significativa apenas na idade de início do tabagismo (p=0,0185). Não houve diferenças significativas em relação ao número de cigarros/dia (p=0,4643), na gravidade da dependência de nicotina pelo FTND (p=0,3842), e na tentativa de parar (p=0,4729) entre esses dois grupos de fumantes.

Tabela 5 – Características Clínicas, hospitalização e IMC de fumantes e nunca fumantes da amostra.

Contexto Clínico	Fumantes (n=167)		Nunca Fumantes (n=272)		Análise Estatística
	n	%	n	%	
Hospitalização no último mês					$\chi^2=17,56$ 1 g.l. p<0,0001
Sim	28	16,8	13	4,8	
Não	139	83,2	259	95,2	
Diabetes					$\chi^2=17,23$ 1 g.l. p<0,0001
Sim	17	10,2	4	1,5	
Não	150	89,8	268	98,5	
Hipertensão					$\chi^2=7,30$ 1 g.l. p=0,0069
Sim	38	22,8	35	12,9	
Não	129	77,2	237	87,1	
Doença cardíaca					$\chi^2=25,86$ 1 g.l. p<0,0001
Sim	29	17,4	9	3,3	
Não	138	82,6	263	96,7	
Câncer					Fisher p=0,4861
Sim	4	2,4	4	1,5	
Não	163	97,6	268	98,5	
Doença respiratória					$\chi^2=44,52$ 1 g.l. p<0,0001
Sim	52	31,1	19	7,0	
Não	115	68,9	253	93,0	
Úlcera péptica					$\chi^2=35,46$ 1 g.l. p<0,0001
Sim	95	56,9	77	28,3	
Não	72	43,1	195	71,7	
IMC	25,46 ± 4,68		27,10 ± 4,23		U=16,7862 p<0,0001
Mediana e Interquartis	24,69	16,9–43,6	26,54	17,2–47,5	

χ^2 = Teste de qui-quadrado; g.l.= grau de liberdade; U= Teste de Mann-Whitney; Fisher = Teste exato de Fisher

A Tabela 5 mostra a presença de doenças relacionadas ao tabaco, hospitalização no último mês e IMC. Fumantes tiveram mais hospitalizações no último mês (p<0,001), diabetes (p<0,0001), hipertensão arterial (p=0,0069), doença cardíaca (p<0,001), doença respiratória (p<0,001) e úlcera péptica (p<0,001) do que os que nunca fumaram. Quanto ao IMC, fumantes tiveram menor IMC (25,46±4,68) comparado aos que nunca fumaram (27,10±4,23). Não houve diferença significativa em relação ao câncer entre fumantes e nunca fumantes.

Buscar o conhecimento, valorizar o saber e
construir idéias é viver em plenitude... É
colher a essência e o néctar das flores, para
encantar e contagiar no jardim da vida.

(Deolinda Cornicelli Buosi)

5 DISCUSSÃO

Assim como em outros estudos que avaliaram o perfil do fumante em programas de cessação do tabagismo, observou-se a predominância do gênero feminino³⁵⁻³⁷, e a idade média para o início do tratamento de 45 anos³⁶.

O presente estudo não detectou diferenças significativas em gênero, idade, situação conjugal, escolaridade e etnia entre fumantes e nunca fumantes. Confirmou que os fumantes tiveram pior QV e mais incapacidades que os nunca fumantes. Esses resultados foram consistentes com outro estudo que sugeriu que os dependentes de nicotina apresentaram pior QV e maior incapacidade do que indivíduos sem dependência de nicotina².

Os fumantes apresentaram mais incapacidade laboral e doméstica do que os nunca fumantes. Esses dados foram semelhantes a estudos anteriores em que o consumo de cigarro foi associado à morte prematura por doença crônica, perdas econômicas para a sociedade, e uma substancial sobrecarga nos sistemas de saúde⁷.

Nos EUA, estima-se que a perda de produtividade média anual decorrente do tabagismo foi de US \$ 96,8 bilhões e a sobrecarga econômica total foi de aproximadamente US \$ 193 bilhões por ano⁷. No Brasil, o fumo causa um prejuízo anual de, pelo menos, R\$ 338,6 milhões ao SUS, em relação aos gastos com internações e em procedimentos de quimioterapia. Desse montante, os gastos referentes ao câncer correspondem a 33,85% e chegam a R\$ 114,6 milhões³⁸.

Os Centers for Disease Control and Prevention – CDC, 2008, verificaram ainda que nos EUA, em 2007, os investimentos em programas de prevenção e controle do tabaco totalizaram US \$ 595 milhões, cerca de 325 vezes menor do que os gastos com o fumante.

Verificou-se uma relação positiva entre transtornos mentais na família em fumantes comparados aos que nunca fumaram. Estudos na família sobre o consumo de substâncias psicoativas e o hábito de fumar evidenciam que fatores genéticos influenciam ambos os transtornos³⁹. Mulheres com uma história materna e familiar de abuso de substâncias psicoativas podem ter uma influência de fatores genéticos e ambientais para a dependência da droga, sendo necessária a identificação clara e consistente dos padrões familiares de abuso de substâncias e doença mental entre elas⁴⁰.

Observou-se que houve diferença significativa entre fumantes e nunca fumantes em relação a fumantes em casa. Segundo o INCA⁹, alguns estudos mostram que a presença de fumantes em casa aumenta a probabilidade do tabagismo entre os jovens.

Contribuições genéticas e ambientais são determinantes significativos, tanto para iniciação, como para a manutenção do hábito¹⁷⁻¹⁸, sendo que fatores genéticos podem ser responsáveis por até 56% do risco de início e 67% da manutenção da dependência¹⁸.

Neste estudo, os fumantes apresentaram médias piores nos escores da QV comparados aos que nunca fumaram, nos quatro domínios: social, psicológico, físico e meio ambiente. Estes resultados foram compatíveis com os de Castro⁴, que avaliou a associação entre QV e a gravidade da dependência do tabaco, em um estudo transversal, com uma amostra por conveniência de 276 dependentes de tabaco da população geral, sem doenças tabaco-relacionadas, onde verificou associação entre a gravidade da dependência do tabaco e piores escores em todos os domínios da QV utilizando o mesmo instrumento.

O presente estudo encontrou idade de início precoce do tabagismo, depressão e uso de sedativos nos fumantes. A média de idade de início do cigarro em fumantes com depressão ou uso de substâncias psicoativas foi 14,76 anos, que foi menor que a média dos fumantes sem uso de substâncias psicoativas ou sem depressão, que foi de 16,35 anos.

Os achados em relação à idade média de iniciação do tabagismo foram semelhantes aos de outros estudos, em que a idade média do início do uso do tabaco foi de 15 anos^{34, 36, 41}. Vários estudos têm relatado um início precoce do tabagismo como um preditor de depressão. A American Psychiatric Association⁴² aponta que a maioria dos transtornos psiquiátricos como o uso e abuso de drogas, desordens de déficit de atenção e de sintomas depressivos antecipam a idade de início do tabagismo. Segundo Hanna et al.⁴³, o início precoce do consumo regular do tabaco é um preditor do consumo de drogas e de desordens depressivas na vida, assim como o consumo do álcool. Sihvola et al.⁴⁴ mostraram que o início precoce de depressão pode aumentar a vulnerabilidade ao consumo do tabaco em adolescentes, e que os transtornos depressivos na idade de 14 anos foram associados positivamente com níveis elevados de comportamento de posterior consumo da substância, em ambos os sexos. A importância dos sintomas depressivos associados ao início do tabagismo e com progressão na adolescência pode ser precedida de diferentes condições. O início pode resultar de influências sociais, tais como a utilização pelos pares, enquanto que a progressão pode estar mais estreitamente ligada aos estados internos, tais como humor deprimido⁴⁵.

Verificou-se neste estudo mais transtorno depressivo entre fumantes do que entre pessoas que nunca fumaram; tais resultados foram consistentes com os de Leventhal et al.⁴⁶, que demonstram que indivíduos fumantes que têm dificuldade em parar apresentaram

maior prevalência e gravidade de vários sintomas disfóricos e do tipo vegetativo/melancólico quando comparados a pacientes sem história de dependência de nicotina. Schmitz et al.² constataram que os fumantes têm maior probabilidade de apresentarem sintomas de depressão e ansiedade do que aqueles que nunca fumaram. Segundo o modelo da auto-medicação de fumar as propriedades da nicotina alteram o humor e são especialmente reforçadas em indivíduos deprimidos que são propensos a experiências de afetos negativos. Fumar pode melhorar a cognição, humor e ansiedade⁴⁷. Episódios recorrentes de depressão maior e o nível de depressão imediatamente antes da cessação parecem ser preditivos de recaídas. Deve-se considerar então que os fumantes com depressão devem ser avaliados quanto à intensidade dos sintomas depressivos antes e durante a intervenção para identificar aqueles que apresentam maiores risco de recaída¹¹.

Neste estudo, o questionário ASSIST para detectar uso de substâncias psicoativas reportou diferença significativa apenas quanto ao uso de sedativos. Não houve diferença significativa entre fumantes e nunca fumantes em uso de álcool e de drogas ilícitas. Os resultados não foram significativos com respeito aos transtornos com uso do tabaco e do álcool e inconsistentes com dados de outros estudos que sugerem que o uso de bebida alcoólica está fortemente associado com o tabagismo. Em relação à abstenção, a chance de ser um fumante foi quase seis vezes mais alta para os ex-bebedores de álcool, nove vezes mais alta para os bebedores leves, e vinte vezes mais alta para os bebedores moderados e pesados Hanna et al.⁴³. Diariamente, fumantes com desordens relacionadas ao consumo de álcool demonstraram piores sintomas do álcool do que os nunca fumantes⁴⁸. O tabagismo é altamente prevalente entre as pessoas com abuso e dependência de álcool. Além disso, os problemas atuais do consumo de álcool estão associados a maiores níveis de dependência de nicotina e menor probabilidade de cessação do tabagismo⁴⁹. Uma explicação alternativa para os achados deste estudo pode ser que a amostra foi maior no gênero feminino do que no gênero masculino, e o uso de álcool é mais prevalente no gênero masculino. Verificou-se no estudo de Falk et al.⁵⁰ que os homens tiveram maior probabilidade do que as mulheres de usarem tanto álcool quanto tabaco.

Verificou-se no presente estudo que não houve diferença significativa entre os fumantes com e sem uso de substâncias psicoativas ou depressão em relação ao número de cigarros/dia. Kenney e Holahan⁵¹, ao contrário, mostraram que, entre fumantes, aqueles com baixos sintomas depressivos fumaram apenas menos de um maço de cigarros por semana, e aqueles com sintomas depressivos elevados fumaram mais de dois maços de cigarros por semana.

Os resultados da pesquisa sobre os níveis da dependência nicotínica pela pontuação do FTND ≥ 5 não revelaram diferença significativa entre os fumantes com e sem uso de substâncias psicoativas ou depressão. Nesta amostra, os fumantes sem uso de substâncias psicoativas ou depressão foram qualificados com FTND 5,86, e os fumantes com uso de substâncias psicoativas ou depressão foram qualificados com FTND 6,04, o que foi considerado alto nível de dependência do tabaco (pontuação ≥ 6). O FTND foi clinicamente útil em subgrupos de fumantes; maior dependência física poderia levar o indivíduo a recaídas²⁸.

Na presente pesquisa, não houve diferenças significativas em tentativas para cessar o consumo do tabaco entre fumantes com e sem uso de substâncias psicoativas ou depressão, contrariamente às investigações de Breslau et al.⁵², que descrevem que depressão maior, distúrbios de ansiedade e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas tinham taxas mais elevadas de fumantes e menores taxas de tentativas de parar em comparação com pessoas que nunca sofreram de doença mental. Os mesmos autores dizem que a depressão maior prevê o subsequente aparecimento diário do desejo de fumar e a progressão para a dependência do tabaco. Para Reichert et al.¹¹, o abandono do uso de tabaco e a taxa de abstinência nos portadores de outras dependências são similares às aquelas verificadas na população geral. Pacientes com transtornos mentais e dependentes de álcool devem receber o tratamento para cessação do tabagismo recomendado para a população geral.

Observou-se em fumantes uma hospitalização significativamente maior no último mês e mais doenças que sofrem agravos pelo tabaco, como: diabetes, hipertensão, doença cardíaca, doença respiratória e úlcera péptica do que em pessoas que nunca fumaram. O tabagismo foi relatado como fator de risco para úlcera péptica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer de pulmão e outros tipos de câncer¹¹. O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e as limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer^{6,9}.

O tabagismo também foi relatado como o principal fator causal para pelo menos 80% das mortes por DPOC, doença cardiovascular e morte precoce, e por aproximadamente 30% de todas as mortes por câncer⁷. Contrariamente a esses dados, o presente estudo não detectou diferença importante de câncer entre os fumantes relacionados com aqueles que nunca fumaram. Isto se justifica pela baixa idade dos participantes do estudo, no qual a média de idade para fumantes foi de 45,7 anos e dos nunca fumantes foi de 44,3 anos, com predomínio do sexo feminino (61,1%). Verificou-se que o câncer de pulmão

constitui a neoplasia de maior mortalidade nos dias atuais e sua incidência é maior nas pessoas entre 50 e 70 anos de idade⁵³⁻⁵⁴, sendo prevalente no sexo masculino⁵³. Nesses casos, o tabagismo é o principal fator de risco⁵³⁻⁵⁴.

Em um estudo de 493 lobectomizados por carcinoma brônquico houve predomínio do sexo masculino (68,5%) e a idade média foi de 63,7 anos. Setenta e nove pacientes (26%) tinham mais de 70 anos de idade⁵⁵.

Observou-se no presente estudo que fumantes apresentaram menor média de IMC do que aqueles que nunca fumaram. Chiolero et al.⁵⁶, reportam que fumantes têm menor IMC do que não fumantes. Corroborando com esses achados, Reichert et al.¹¹ acrescentam que fumantes pesam em geral menos do que os não fumantes e ganham peso quando param de fumar. Ainda segundo os mesmos autores, as teorias mais aceitas para explicar essa intrínseca relação entre o tabaco e o peso corporal nos indivíduos fumantes são: a) um aumento da taxa metabólica, com maior gasto de energia; b) diferenças na qualidade e na quantidade dos alimentos ingeridos; e c) a ação anorética da nicotina.

A gente não se liberta de um hábito atirando-o pela janela; é preciso fazê-lo descer a escada, degrau por degrau.

(Mark Twain)

6 CONCLUSÕES

Fumantes que buscaram a cessação do tabagismo foram predominantemente do gênero feminino e com a idade média de 45,7 anos; tiveram pior QV, maior incapacidade laboral e doméstica, mais doenças relacionadas ao tabaco, mais hospitalização no último mês, maior história familiar em primeiro grau de transtornos mentais, mais fumantes em casa, mais transtorno depressivo e uso de sedativos do que as pessoas que nunca fumaram.

Fumantes com depressão e uso de substâncias psicoativas tiveram idade de início do consumo de tabaco mais precoce e não diferiram quanto às tentativas de cessação do tabagismo, à gravidade de dependência de nicotina e consumo de cigarros/dia em relação aos fumantes sem depressão e sem uso de substâncias psicoativas.

Cuidar é invocar esse desejo de viver no outro. Trata-se não tanto de fazer alguma coisa por ele, mas de lhe fazer sentir que sua dor, seu sofrimento e seu medo têm importância. Que o outro tem importância de fato.

(David Servan-Schreiber)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu ampliar os conhecimentos sobre o tema, e poderá servir de base para novas pesquisas, tudo com o intuito de melhorar a assistência prestada a esta clientela.

Existiram algumas limitações relacionadas à cooperação dos fumantes e das pessoas que nunca fumaram para obtenção dos dados, pelo fato de serem extraídos de uma amostra de conveniência de tempo e lugar. Além disso, por ser este um estudo transversal, não nos permitiu interpretação de influência causal.

Verificou-se a necessidade de elaboração de estratégias de intervenções da cessação do tabagismo para identificar subgrupos específicos de fumantes adultos, com início precoce do consumo do tabaco, transtorno por uso de tabaco, transtorno depressivo e uso de substâncias psicoativas. A cessação de tabaco em pacientes com transtorno depressivo e uso de substâncias psicoativas deve ser a mesma recomendada para aqueles sem transtorno depressivo ou sem uso de substâncias psicoativas.

Sugerem-se novas pesquisas, preferencialmente estudos prospectivos, com grupos de fumantes com doenças relacionadas ao tabaco e grupo de fumantes que ainda não apresentam tais doenças, para relacionar hospitalização, incapacidades domésticas e laborais, entre outros.

Outros estudos futuros poderão ser realizados para identificar os fumantes com depressão e com uso de substâncias psicoativas relacionados com consumo de cigarros/dia, gravidade de dependência de nicotina, cessação do tabagismo e recaídas.

Programas preventivos do tabagismo deveriam focar os benefícios de não fumar para manutenção da saúde, melhora da qualidade de vida, redução da morbidade e das incapacidades decorrentes do consumo do tabaco, bem como a diminuição dos gastos da saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Mulder I, Tijhuis M, Smit HA, Kromhout D. Smoking cessation and quality of life: the effect of amount of smoking and quality of life: the effect of amount of smoking and time since quitting. *Prev Med.* 2001 Dec; 33(6):654-60.
2. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 2003 Sep; 160(9):1670-76.
3. Mitra M, Chung M, Wilber N, Walker D. Smoking status and quality of life. A longitudinal study among adults and disabilities. *Am J Prev Med.* 2004 Oct; 27(3): 258-60.
4. Castro MGT. Qualidade de vida e tabagismo [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.
5. World Health Organization. The global tobacco crisis: tobacco – global agent of death. Who report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: WHO, 2008. [acesso 2009 fev 17]. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_tobacco_crisis_2008.pdf
6. World Health Organization. Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva: WHO, 2004. [acesso 2009 fev 24]. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/en/building_blocks_1.pdf.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults United States, 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2008 Nov; 57(45):1221-6.
8. Fargerström K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs*, 2002; 62 Suppl 2:1-9.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Rio de Janeiro; 2003:53-67 [acesso 2009 fev 21]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/tab.pdf>.
10. Olufade AO, Shaw JW, Foster SA, Leischow SJ, Hays RD, Coons SJ. Development of the smoking cessation quality of life questionnaire. *Clin Ther.* 1999 Dec;21(12):2113-30.
11. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU et al. Diretrizes da SBPT – Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol.* 2008 Out; 34(10):845-80.
12. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993;69-82, 301.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Abordagem e tratamento do fumante. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

14. Lemos T. Tabagismo e comorbidades psiquiátricas. In: Gigliotti A, Presman S. Atualização no tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: ABP-Saúde, 2006. p. 53-70.
15. Nunes SOV, Vargas HO, Lanssoni MM, Castro MRP, Nunes MVA, Barbosa L, et al. T. Avaliação das características clínicas dos fumantes que buscaram tratamento em um Centro de Referência do Sistema Único de Saúde (SUS). *Biosaúde*; 2006; 8:3-24.
16. Okuyemi K, Nollen N, Ahluwalia J. Interventions to facilitate smoking cessation. *Am Fam Physician* 2006 Jul;74(2):262-71.
17. Batra V, Patkar AA, Berretini WH, Weinstein SP, Leone FT. The genetic determinants of smoking. *Chest*. 2003 May; 123(5): 1730-9.
18. Chatkin JM. A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2006 Nov/Dez; 32(6): 573-9.
19. Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clin Pharmacol Ther*. 2008 Apr; 83(4):531-41.
20. Ait-Daoud N, Lynch W J, Penberthy JK, Breland AB, Mazani-Nissen GR, Johnson BA. Treating smoking dependence in depressed alcoholics. *Alcohol Res Health*. 2006;29:213-19.
21. Grant BF, Hasin DS, Chou P, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004 Nov.; 61(11):1107-15.
22. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Rev Saúde Pública*. 2000 Abr; 34(2):178-83.
23. Castro MGT, Oliveira M, Miguel A, Araújo R. WHOQOL-BREF psychometric properties in a sample of smokers. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007 Set; 29(3):254-7.
24. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002 Sep; 97(9): 1183-94.
25. World Health Organization .The ASSIST project – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST Questionnaire Version 3.0 (Portuguese). [acesso 2009 jan 21]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activites/assist/en/index.html
26. Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 2004 Abr; 50(2):199-206.
27. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

28. Fagerstrom K. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978; 3(3-4):235-41.
29. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 1989 Apr; 12(2):159-82.
30. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test For Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991 Sep; 86(9):1119-27.
31. Pomerleau CS, Carton SM, Lutzke ML, Flessland KA, Pomerleau OF. Reliability of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. *Addict Behav.* 1994 Jan/Feb; 19(1):33-9.
32. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes. *Rev Bras Med.* 2002 Jan/Fev; 59(1/2):73-80.
33. Menezes-Gaya IC, Zuairi A W, Loureiro SR, Crippa, JÁ. As propriedades psicométricas do teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. *J Bras Pneumol.* 2009 Jan; 35(1):73-82.
34. Storr C, Reboussin B, Anthony J. The Fagerström test for nicotine dependence: a comparison of standard scoring and latent class analysis approaches. *Drug Alcohol Depend.* 2005 Nov.; 80(2):241-50.
35. Sales MPC, Figueiredo MRF, Oliveira MI, Castro HN. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J Bras Pneumol.* 2006 Set/Out; 32(5):410-17.
36. Gonçalves MS. Perfil do fumante que procura apoio em um programa de cessação do tabagismo [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2003.
37. Pignatti MH. Programa de cessação de fumar conduzido por enfermeiras PREV-FUMO. [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1999.
38. Pinto M. Tabagismo: um mal à saúde e aos cofres públicos. *Rede Câncer* 2008 Jun; 5:8-11.
39. Gruzca R, Bierut L. Co-occurring risk factors for alcohol dependence and habitual smoking. *Alcohol Res Health.* 2006; 29(3):172-8.
40. Simons L, Giorgio T. Characteristics of substance abusing men and women entering a drug treatment program. An exploration of sex differences. *Addict Disord Their Treat.* 2008 Mar; 7(1):15-23.
41. Cavalcante T. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev Psiqu Clin.* 2005 Set/Out; 32(5):283-300.

42. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with Nicotine Dependence. *Am J Psychiatry*. 1996 Oct; 153 Suppl. 10:1-31.
43. Hanna EZ, Yi H, Dufour MC, Whitmore CC. The relationship of early-onset regular smoking to alcohol use, depression, illicit drug use, and other risky behaviors during early adolescence: results from the youth supplement to the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Subst Abuse*. 2001; 13(3): 265–82.
44. Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Pulkkinen L, Marttunen M, Kaprio J. Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish twins. *Addiction* 2008; 103(12):2045–53.
45. Escobedo, LG, Reddy M, Giovino GA. Are baseline depressive symptoms associated with smoking initiation in adolescents? *Addiction* 1998 Mar; 93(3):433-40.
46. Leventhal A M, Kahler C W, Ray LA, Zimmerman M. Refining the depression-nicotine dependence link: Patterns of depressive symptoms in psychiatric outpatients with current, past, and no history of nicotine dependence. *Addict Behav*. 2009 Mar; 34(3):297–303.
47. Hughes JR, Katsukami, DK, Michell JE, Dahlgreen LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1986 Aug.; 143(8):993-7.
48. Morissette SB, Gulliver SB, Kamholz BW, Duade J, Farchione T, Devine E. et al. Differences between daily smokers, chippers, and nonsmokers with co-occurring anxiety and alcohol-use disorders. *Addict Behav* 2008 Nov; 33(11):1425-31.
49. Kold M, Fu S, Joseph A. Tobacco cessation treatment for alcohol-dependent smokers: when is the best time? *Alcohol Res Health* 2006; 29(3):203-7.
50. Falk D, Yi H, Hiller-Sturmhöfel S. An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and tobacco use and disorders. *Alcohol Res Health* 2006; 29(3):162-7.
51. Kenney BA, Holahan CJ. Depressive symptoms and cigarette smoking in a college sample. *J Am Coll Health* 2008 Jan/Feb; 56(4): 409-14.
52. Breslau N, Novak, SP, Kessler RC. Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry* 2004 Jan; 55(1), 69-76.
53. Uehara C, Santoro IL, Jamnik S. Câncer de pulmão: comparação entre os sexos. *J Pneumol*. 2000 Nov/Dez; 26(6): 286-90.
54. Barros JA, Valladares G, Faria AR, Fugita EM, Ruiz AP, Vianna AG, et al. Diagnóstico precoce do câncer de pulmão: o grande desafio. Variáveis epidemiológicas e clínicas, estadiamento e tratamento. *J Bras Pneumol*. 2006 Mai/Jun; 32(3): 221-7
55. Sánchez PG, Vendrame GS, Madke ES, Pilla ES, Camargo JSP, Andrade CF, Felicetti JC, Cardoso PFG. Lobectomia por carcinoma brônquico: análise das co-morbidades e seu impacto na morbimortalidade pós- operatória. *J Bras Pneumol*. 2006 Nov/Dec; 32(6): 485-504.
56. Chiolero A, Jacot-Sadowski I, Faeh D, Paccaud F, Cornuz J. Association of cigarettes smoked daily with obesity in general adult population. *Obesity* 2007 May; 15(5):1311 –18.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado a participar de um projeto que também tem fins de estudo. O Projeto chama-se “Avaliar as características clínicas e qualidade de vida de tabagistas em tratamento em um Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do fumante na rede SUS”, sob a coordenação de Sandra Odebrecht Vargas Nunes e Márcia Regina Pizzo de Castro, que poderão ser encontradas no endereço: Divisão de Assistência à saúde da comunidade da UEL (DASC), no ambulatório do Hospital de Clínica, telefone 33715804 ou 33715807. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética do estudo, entre em contato com o comitê de ética em pesquisa (CEP) da UEL.

Os fumantes têm maior probabilidade de morrer por doença coronariana, especialmente homens fumantes, entre 45 e 54 anos de idade, têm quase três vezes mais probabilidade de morrer de infarto do que os não fumantes da mesma faixa etária. O câncer, segunda causa de morte por doença no país, é responsável por grandes gastos com tratamento e internações hospitalares, tem entre seus fatores de risco o fato de 90% dos cânceres de pulmão e 30% de todos os tipos de câncer devem-se ao tabagismo (Instituto Nacional de Câncer, 1998). A inflamação através da liberação de interleucina-6 e proteínas de fase aguda, tal como a Proteína C reativa estão relacionados com doenças cardiovasculares (Lespérance et al., 2004) e câncer (Musselman et al., 2001).

A presente pesquisa avaliará os tabagistas em tratamento em um Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Fumante do SUS, do Ambulatório de Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (AHC/UEL) e comparará as características sócio-demográficas, situação de trabalho, gravidade da dependência do tabaco, anos de vida fumado, idade de início, história familiar, características clínicas e a qualidade de vida dos tabagistas com comorbidades psiquiátricas e sem comorbidades psiquiátricas. Esta população será comparada com uma população que nunca fumou.

Será comparada a interleucina -6 e proteína c reativa entre tabagistas sem comorbidades psiquiátricas, tabagistas com comorbidades psiquiátricas e aqueles que nunca fumaram. A interleucina -6 e Proteína C reativa levam a um maior risco de doenças clínicas e constitui um fator de impacto na morbidade e mortalidade dessas.

Sua decisão para permitir a coleta das informações é voluntária e em qualquer momento você pode retirar o consentimento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. Além disso, você será atualizado a respeito dos dados parciais do estudo.

Para avaliar as características clínicas e qualidade de vida será aplicada aos participantes do projeto uma entrevista com questionário e coleta de cerca de 15 ml de sangue, que ficará guardado no Laboratório de análises Clínicas do HU até realizar os exames solicitados.

O estudo implica em:

1- O questionário constará dos seguintes dados: sócio-demográficos, história tabagística, história pregressa de doenças, capacidade de trabalho e para atividades domésticas, condicionamentos relacionados ao tabagismo, motivações para cessar o tabaco, história familiar para o tabagismo, tratamentos efetuados anteriores, além de história de outras comorbidades médicas.

2- Responder questionário padronizado do Instituto Nacional do Câncer (INCA) do Ministério da Saúde; de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST), da OMS; de Qualidade de Vida, da OMS e a Escala de Hamilton para Depressão.

3- Serão coletados 15 ml de sangue para avaliar: a interleucina-6, proteína C reativa, lipidograma, glicemia, sorologia para HIV, sorologia para Hepatite B e C, hemograma.

4-Não sou obrigado a participar do projeto e posso sair do mesmo a qualquer momento, sem prejuízo na minha função laboral.

5- O sigilo de minha participação será preservado.

6- Não terei despesas, pois o projeto será desenvolvido pelas autoras da Universidade Estadual de Londrina.

7-Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados e as informações coletadas somente para este estudo.

Caso o Sr. (a) tenha entendido as explicações e termos deste documento e dê o consentimento para inclusão dos dados referentes do seu tratamento sejam incluídos nesta pesquisa, assine o campo abaixo.

Londrina, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável: _____

Testemunhas ligadas ao projeto de pesquisa:

1. _____

2. _____

APÊNDICE B – Encaminhamento do Artigo Para Publicação



**Jornal Brasileiro
de Pneumologia**
Brazilian Journal of Pulmonology

Brasil - Brasília, 9/3/2009

JBP

Jornal Brasileiro de Pneumologia

Cód Fluxo: 1836

Título: **Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo**

O(s) autor(es) do artigo, como aqui especificado, por este meio, transfere o Jornal Brasileiro de Pneumologia (JBP) todos os direitos autorais, título e interesses que o autor tenha, ou possa vir a ter pelo artigo e qualquer revisão ou versões dele, incluindo, mas não limitado, o direito exclusivo para imprimir, publicar e vender o artigo em todo o mundo, em todos os idiomas e em todas as mídias.

Este acordo será considerado efetivo e válido se e quando o artigo for aceito para publicação. Se o artigo contiver qualquer material protegido por direito autoral de terceiros, o(s) autor(es) entregará(ão) o JBP permissão, por escrito, do titular dos direitos autorais para reproduzir tal material no artigo. O(s) autor(es) garante ser o detentor da titularidade do artigo; não ter concedido ou cedido qualquer direito do artigo para qualquer outra pessoa ou entidade; ser o artigo passível de requisição de direitos autorais, por seu autor; não infringir qualquer direito autoral, marca registrada ou patente; não invadir o direito de privacidade ou publicidade de qualquer pessoa ou entidade; não conter qualquer assunto difamatório; serem verdadeiras as declarações afirmadas como fatos ou estarem baseadas em pesquisa razoável para atingir precisão; e, finalmente, até onde é de seu conhecimento, que nenhuma fórmula, procedimento, ou prescrição contidas no artigo causarão dano se usados ou seguidos conforme advertências e/ou instruções contidas no artigo.

O(s) autor(es) indenizará o JBP contra qualquer custo, despesas ou danos que o JBP possa incorrer ou para os quais o JBP possa se tornar sujeita como resultado de eventuais omissões destas garantias. Estas representações e garantias poderão ser estendidas a terceiros pelo JBP.

Sandra O. Nunes

Sandra Odebrecht Vargas Nunes

CPF: 505.357.819-20

Cargo: Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Londrina

Márcia Regina Pizzo de Castro

Márcia Regina Pizzo de Castro

CPF: 49935038904

Cargo: Coordenadora do Centro de Referência em Abordagem e Tratamento do Tabagismo da Universidade Estadual de Londrina

Tiemi Matsuo

Tiemi Matsuo

CPF: 366736259-53

Cargo: Professor Associada do Departamento de estatística da Universidade Estadual de Londrina

O artigo inclui material de outras fontes com direitos autorais?

Não inclui material. (se sim, por favor anexe as permissões pertinentes)

O artigo inclui ilustrações nas quais uma pessoa possa ser reconhecida?

Não inclui ilustrações. (se sim, por favor anexe as permissões pertinentes)

APÊNDICE C – Artigo

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E QUALIDADE DE VIDA DE FUMANTES
EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ABORDAGEM
E TRATAMENTO DO TABAGISMO**

**CLINICAL CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE OF SMOKERS IN A
REFERENCE CENTER OF SMOKING INTERVENTIONS AND TREATMENT**

Márcia Regina Pizzo de Castro, BSN, MS¹

Sandra Odebrecht Vargas Nunes, MD, PhD²

Tiemi Matsuo, PhD³

Correspondência do autor: Márcia Regina Pizzo de Castro
Universidade Estadual de Londrina, Brasil.
Fone: 55-43-33368058; Fax 55-43-33238210.
E-mail: mpizzo@sercomtel.com.br
Rua Ernani Lacerda de Athayde, n.º 45 – apartamento 301.
CEP: 86061-610
Londrina – Paraná – Brasil

¹ Centro de Tratamento da Cessação do Tabagismo, Universidade Estadual de Londrina (UEL), Campus Universitário – Paraná – Brasil.

² Departamento de Psiquiatria (UEL), Hospital Universitário – Paraná – Brasil.

³ Departamento de Estatística (UEL), Campus Universitário – Paraná – Brasil.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio da Fundação Araucária do Estado do Paraná.

RESUMO

Objetivos: Avaliar as características clínicas e qualidade de vida entre fumantes e pessoas que nunca fumaram. **Métodos:** O estudo foi transversal. Fumantes (n=167) foram recrutados a partir do Centro de Cessação do Tabagismo e estes foram comparados com pessoas que nunca fumaram doadores de sangue (n=272). Os instrumentos foram: questionário estruturado, teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST), World Health Organization Instrument to Assess Quality Of Life-Bref (WHOQOL-BREF), teste de Fargerström de Dependência de Nicotina (FTND) e critérios diagnósticos para pesquisa de depressão. **Resultados:** A idade média foi de 45 anos para fumantes que queriam cessar o tabagismo e 44 anos para nunca fumantes. A amostra foi maior entre as mulheres 61,1%. Fumantes foram relacionados com mais incapacidades laborais e domésticas, hospitalização, transtorno depressivo, uso de sedativos, piores escores no WHOQOL-BREF e mais transtorno mental na família. Fumantes com depressão ou uso de substâncias psicoativas tiveram menor idade de início do tabagismo, mas não interferiram no abandono do uso do tabaco. Fumantes tiveram mais doenças que sofrem agravos pelo tabaco do que os nunca fumantes. O índice de massa corpórea (IMC) foi menor entre fumantes comparados aos que nunca fumaram. **Conclusão:** O estudo sugere que nas intervenções para cessação do tabagismo deveriam identificar subgrupos de fumantes adultos com início precoce, transtorno por uso de tabaco, depressão e uso de sedativos. O abandono do uso de tabaco em pacientes com transtorno depressivo ou uso de substâncias psicoativas deve ser o mesmo recomendado para a população geral.

Descritores: Tabagismo. Transtorno depressivo. Abandono do uso de tabaco. Transtorno por uso de tabaco.

ABSTRACT

Objectives: To analyze clinical characteristics and quality of life between smokers and never smokers. **Methods:** The study was cross-sectional. Smokers (n=167) were recruited from smoking cessation center and never smokers (n=272) were recruited among blood donors. The measures used were: structured questionnaire, alcohol, smoking, and psychoactive substance involvement screening test (ASSIST), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- Bref), the Fagerström test for Nicotine Dependence (FTND), and the Diagnostic Interview for Research on Depression. **Results:** The mean age for smokers was 45 years and for never smokers was 44 years. The sample was higher between females: 61.1%. Smokers were closely related with work/domestic disabilities, hospitalization, depressive disorder, sedative use, lower scores in WHOQOL- Bref, and more mental disorder in the family. Smokers with depression or psychoactive substance use were with lower mean age of onset of cigarette use, but not to attempt to quit. Smokers were found to have more tobacco-related disease than never smokers. The mean Body Mass Index (*BMI*) was smaller between smokers than never smokers. **Conclusion:** This study suggests that strategies to smoking cessation interventions would be to identify subgroups of adult smokers with early onset age of tobacco use, tobacco use disorder, depressive disorder or sedative use. Smoking cessation for smokers with depressive disorder and psychoactive substance use are the same recommend to general population.

Keywords: Smoking. Depressive disorder. Smoking cessation. Tobacco use disorder.

Introdução

O consumo do tabaco associa-se a maior predisposição para doenças, incapacidades e alta morbimortalidade, resultando em piora da saúde e da qualidade de vida da população em geral ⁽¹⁻³⁾.

Tem sido observado um aumento no número de estudos mensurando a qualidade de vida em tabagistas, e um ponto em comum encontrado nessas pesquisas é a melhor qualidade de vida dos não tabagistas quando comparados aos tabagistas ^(2,3).

Segundo as diretrizes para cessação do tabagismo, o fumante, ao ser submetido à avaliação clínica na admissão ao programa de cessação do tabagismo, seja ele saudável, com doenças relacionadas ao tabagismo ou com outras co-morbidades, deve objetivar a reconquista da saúde e da qualidade de vida ⁽⁴⁾.

Lemos ⁽⁵⁾ relata que 50% dos pacientes psiquiátricos fumam, e somente 15% destes conseguem parar de fumar; entretanto, dos 25% fumantes da população geral, aproximadamente 50% conseguem a cessação. A dependência de nicotina pode ser considerada como uma expressão de vulnerabilidade psicopatológica individual e isto deve ser ponderado nas intervenções para a cessação do consumo de tabaco.

O tratamento para cessar de fumar deverá considerar o contexto clínico, a gravidade da dependência de nicotina, a idade de início do consumo do tabaco, as co-morbidades, a história familiar, a motivação para cessar, os condicionamentos, as situações e os sentimentos relacionados com o tabagismo ⁽⁶⁾.

O estudo analisou as características sócio-demográficas, clínicas e qualidade de vida entre fumantes e pessoas que nunca fumaram.

Métodos

O estudo foi transversal, realizado no período de janeiro/2006 a março/2008, incluiu 167 fumantes, com intenção de tratar por um ano, que buscaram tratamento no Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo (CRATT), localizado no Ambulatório do Hospital de Clínicas (AHC), da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e 272 nunca fumantes que procuraram voluntariamente o Hemocentro do Hospital Universitário de Londrina, para doação de sangue.

Os critérios de inclusão dos dois grupos foram: ambos os sexos, idade entre 18 e 65 anos, e consentimento de participação voluntária no estudo. Os critérios de exclusão para ambos os grupos foram: presença de delírium, demência, amnésia e outros transtornos cognitivos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O formulário de coleta de dados foi composto por questões relacionadas a características sócio-demográficas, situação de trabalho, clínicas e hábito tabágico. A incapacidade laboral foi considerada para os indivíduos que estavam em um programa de auxílio-doença.

A qualidade de vida (QV) foi avaliada por meio da utilização do WHOQOL-BREF, adaptado e validado para língua portuguesa por Fleck⁽⁷⁾.

Utilizou-se o questionário para rastreamento de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, que abrange: tabaco, álcool, canabinóides, cocaína, estimulantes do tipo anfetamina, sedativos, alucinógenos, inalantes, opióides e outras drogas^(8,9).

O diagnóstico do transtorno depressivo foi realizado de acordo com critérios diagnósticos para pesquisa de depressão e Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10)⁽¹⁰⁾.

O Teste de Fagerström para Dependência da Nicotina (FTND) usado na detecção de dependência de nicotina entre fumantes. Foi traduzido e adaptado para o português por Carmo e Pueyo⁽¹¹⁾. O FTND possui uma escala de seis itens e a pontuação de 0 a 10. Os escores para dependência de nicotina permitem a classificação em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos); muito alto (8 a 10 pontos)⁽¹²⁾. Uma soma acima de seis pontos indica que, provavelmente, o paciente terá desconforto significativo (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar⁽⁴⁾. O ponto de corte de FTND para a dependência de nicotina foi ≥ 5 ⁽¹³⁾.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) foi calculado dividindo-se peso por altura².

Para análise dos dados utilizou-se a média (\bar{x}), desvio padrão ($\pm DP$) para as variáveis com distribuição gaussiana, a mediana para as variáveis com distribuição não gaussiana, a frequência bruta e percentual. As associações entre variáveis sócio-demográficas, clínicas e história tabagística foram analisadas utilizando o Teste Qui-quadrado (χ^2) ou Teste Exato de Fisher, e o Teste t de Student (t). Os escores da QV foram analisados pelo Teste U de Mann-Whitney e pelo Teste t de Student (t). O teste t de Student foi aplicado quando as variáveis apresentaram distribuição gaussiana e homogeneidade de variâncias, caso contrário aplicou-se o teste de Mann-Whitney. Em todas as análises realizou-se o nível de

significância de 5% ($p < 0,05$). O poder dos testes foi de no mínimo 90% para os testes estatísticos efetuados para avaliar a qualidade de vida, incapacidades e depressão.

Resultados

Os fumantes tiveram a idade média de 45 anos e as pessoas que nunca fumaram tiveram a idade média de 44 anos. O tratamento para cessação do tabagismo teve maior procura por mulheres (61,1%) comparadas aos homens (38,9%). Fumantes e nunca fumantes não diferiram em termos de idade, gênero, situação conjugal, escolaridade, ou etnia. No entanto, houve diferenças significativas na incapacidade laboral, na incapacidade para atividades domésticas, no transtorno mental na família e na presença de fumantes em casa, entre fumantes e nunca fumantes, sumarizados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas, incapacidades, transtorno mental na família de fumantes e nunca fumantes da amostra.

Características	Fumantes (n=167)		Nunca Fumantes (n=272)		Análise Estatística
Idade (anos)	45,7 ± 9,8		44,3 ± 9,7		t=1,97 p=1,164
Gênero	n	%	n	%	
Masculino	65	38,9	112	41,2	$\chi^2 = 0,22$ 1 g.l. p=0,640
Feminino	102	61,1	160	58,8	
Situação conjugal	n	%	n	%	
União instável	34	20,4	37	13,6	$\chi^2 = 4,03$ 2 g.l. p=0,133
União estável	102	61,1	188	69,1	
Solteiro	31	18,6	47	17,3	
Escolaridade (anos)	11,2 ± 4,5		11,1 ± 5,2		t=0,21 p=0,834
Etnia	n	%	n	%	
Branco	126	75,4	221	81,3	$\chi^2 = 6,09$ 1 g.l. p=0,147
Não Branco	41	24,6	51	18,7	
Incapacidade laboral	n	%	n	%	
Sim	21	12,6	10	3,7	$\chi^2 = 12,48$ 1 g.l. p<0,001
Não	146	87,4	262	96,3	
Incapacidade Doméstica	n	%	n	%	
Sim	27	16,2	12	4,4	$\chi^2 = 17,67$ 1 g.l. p<0,0001
Não	140	83,8	260	95,6	
Transtorno mental família	n	%	n	%	
Sim	80	47,9	67	24,6	$\chi^2 = 25,16$ 1 g.l. p<0,0001
Não	87	52,1	205	75,4	
Fumantes em casa	n	%	n	%	
Sim	78	46,7	44	16,2	$\chi^2 = 47,10$ 1 g.l. p<0,0001
Não	89	53,3	228	83,8	

X² - Qui – Quadrado; g.l. – Grau de liberdade; \bar{X} – média; t – Teste t de Student

A Tabela 2 demonstra os valores obtidos nos quatro domínios do instrumento de QV – WHOQOL-BREF. Os fumantes tiveram significativamente escores

médios menores que os nunca fumantes nos domínios: físico, psicológico, social e do meio ambiente.

Tabela 2 – Domínios da Qualidade de vida (WHOQOL-BREF) de fumantes e nunca fumantes da amostra.

Domínios da Qualidade de Vida	Fumantes (n=167)		Nunca Fumantes (n=272)		Análise Estatística
1: Físico					
\bar{X} e DP	15,20	3,10	16,98	1,81	
Mediana e Min Max	15,43	6,86 - 20,00	17,14	8,00 - 20,00	U=36,575 p<0,0001
2: Psicológico					
\bar{X} e DP	14,21	3,11	16,34	1,78	
Mediana e Min Max	14,67	4,67 - 19,33	16,67	10,00 - 20,00	U=57,520 p<0,0001
3:Relações sociais					
\bar{X} e DP	14,75	3,32	16,05	2,16	
Mediana e Min Max	14,67	4,00 - 20,00	16,00	8,00 - 20,00	U=15,774 p=0,0001
4: Meio ambiente					
\bar{X} e DP	13,80	2,20	14,44	1,87	
Mediana e Min Max	14,00	7,50 - 19,50	14,50	9,50 - 20,00	U=8,532 p=0,0035
Total					
\bar{X} e DP	12,96	3,25	16,60	2,21	t=13, 975 p<0, 0001

\bar{X} =média; DP=desvio padrão; t= Teste t de Student; U= Teste de Mann-Whitney.

Também foi investigada a depressão e o uso de substâncias psicoativas entre fumantes e nunca fumantes, conforme apresentado na Tabela 3. Nos fumantes, foram verificadas: depressão moderada, em 21,6%; seguida de depressão leve, em 15%; e de depressão grave, em 12,6%. Em fumantes, houve diferenças significativas em mais depressão e mais uso de sedativos do que em nunca fumantes. Não houve diferenças significativas entre fumantes e nunca fumantes no consumo de álcool, maconha, cocaína e inalantes. Uso de estimulantes anfetaminas, alucinógenos e opióides não foram observados nos grupos.

Tabela 3 – Depressão e uso de substâncias psicoativas de fumantes e nunca fumantes da amostra.

Contexto Clínico	Fumantes (n=167)		Nunca Fumantes (n=272)		Análise Estatística
	n	%	n	%	
Depressão					
Leve	25	15,0	9	3,3	$\chi^2=73,39$ 1 g.l. p<0,0001
Moderada	36	21,6	14	5,1	
Grave	21	12,6	10	3,7	
Ausente	85	50,9	239	87,9	
Uso de substâncias	n	%	n	%	
Álcool	5	3,0	1	0,4	Fisher p=0,2147
Canabinóide	2	1,2	-	-	Fisher p=0,1503
Cocaina	1	0,6	-	-	Fisher p=0,3884
Inalantes	1	0,6	-	-	Fisher p=0,3884
Sedativos	5	3,0	-	-	Fisher p=0,0085

χ^2 = Teste de qui-quadrado; g.l. = grau de liberdade; Fisher = Teste exato de Fisher

Na Tabela 4 estão os dados referentes ao hábito tabágico entre fumantes com ou sem depressão ou uso de substâncias psicoativas. Verificou-se que a média de idade do início do consumo de cigarros foi menor para fumantes com depressão ou uso de substâncias psicoativas. Não houve diferenças significativas em relação ao número de cigarros/dia, na gravidade da dependência de nicotina pelo FTND e no abandono do uso do tabaco, entre esses dois grupos de fumantes.

Tabela 4 – Hábito tabágico entre fumantes sem depressão ou uso de substâncias psicoativas e fumantes com depressão ou uso de substâncias psicoativas da amostra.

Hábito de Fumar	Fumantes sem depressão ou uso de substâncias (n=84)		Fumantes com depressão ou uso de substâncias (n=83)		Análise Estatística
Idade de início Tabagismo	16,35 ± 4,52		14,76 ± 4,09		t=2,3791 p=0,0185
Cigarros/dia	n	%	n	%	
> 20	49	58,3	53	63,9	$\chi^2=0,5355$ 1 g.l. p=0,4643
≤ 20	35	41,7	30	36,1	
Fagerström	n	%	n	%	
≤ 5	39	46,4	33	39,8	$\chi^2=0,7572$ 1 g.l. p=0,3842
≥ 5	45	53,6	50	60,2	
\bar{X} e DP	5,86 ± 2,18		6,04 ± 2,29		t=0,5172 p=0,6057
Tentativa de parar	n	%	n	%	
1-3	42	50,0	41	49,4	Fisher p=0,4918
> 3	20	23,8	25	30,1	
Tentou mas não conseguiu parar	22	26,2	16	19,3	
Nunca tentou	-	-	1	1,2	

\bar{X} =média; DP=desvio padrão; t=Teste t de Student; χ^2 =Teste de qui-quadrado; g.l.=grau de liberdade; Fisher = Teste exato de Fisher

A Tabela 5 mostra a presença de doenças que sofrem agravos pelo tabaco, hospitalização no último mês e IMC. Fumantes tiveram mais hospitalizações no último mês, diabetes, hipertensão arterial, doença cardíaca, doença respiratória e úlcera péptica do que os que nunca fumaram. Os fumantes tiveram menor IMC comparado aos que nunca fumaram.

Tabela 5 – Características Clínicas, hospitalização e IMC de fumantes e nunca fumantes da amostra.

Contexto Clínico	Fumantes (n=167)		Nunca Fumantes (n=272)		Análise Estatística
	n	%	n	%	
Hospitalização no último mês					
Sim	28	16,8	13	4,8	$\chi^2=17,56$ 1 g.l. p<0,0001
Não	139	83,2	259	95,2	
Diabetes					
Sim	17	10,2	4	1,5	$\chi^2=17,23$ 1 g.l. p<0,0001
Não	150	89,8	268	98,5	
Hipertensão					
Sim	38	22,8	35	12,9	$\chi^2=7,30$ 1 g.l. p=0,0069
Não	129	77,2	237	87,1	
Doença cardíaca					
Sim	29	17,4	9	3,3	$\chi^2=25,86$ 1 g.l. p<0,0001
Não	138	82,6	263	96,7	
Câncer					
Sim	4	2,4	4	1,5	Fisher p=0,4861
Não	163	97,6	268	98,5	
Doença respiratória					
Sim	52	31,1	19	7,0	$\chi^2=44,52$ 1 g.l. p<0,0001
Não	115	68,9	253	93,0	
Úlcera péptica					
Sim	95	56,9	77	28,3	$\chi^2=35,46$ 1 g.l. p<0,0001
Não	72	43,1	195	71,7	
IMC	25,46 ± 4,68		27,10 ± 4,23		
Mediana e Min Max	24,69	16,9–43,6	26,54	17,2–47,5	U=16,7862 p<0,0001

χ^2 = Teste de qui-quadrado; g.l= grau de liberdade; U= Teste de Mann-Whitney; Fisher = Teste exato de Fisher.

Discussão

Assim como em outro estudo que avaliou o perfil do fumante em programa de cessação do tabagismo, observou-se a predominância do gênero feminino e a idade média para o início do tratamento de 45 anos⁽¹⁴⁾.

O presente estudo não detectou diferenças significativas em gênero, idade, situação conjugal, escolaridade e etnia entre fumantes e nunca fumantes. Confirmou que os fumantes tiveram pior QV e mais incapacidades que os nunca fumantes. Esses resultados foram consistentes com outro estudo que sugeriu que os dependentes de nicotina apresentaram pior QV e maior incapacidade do que indivíduos sem dependência de nicotina⁽¹⁾.

Os fumantes apresentaram mais incapacidade laboral e doméstica do que os nunca fumantes. Esses dados foram semelhantes a estudos anteriores em que o consumo de cigarro foi associado à morte prematura por doença crônica, perdas econômicas para a sociedade, e uma substancial sobrecarga nos sistemas de saúde⁽¹⁵⁾.

Neste estudo, os fumantes apresentaram médias piores nos escores da QV comparados aos que nunca fumaram, nos quatro domínios: social, psicológico, físico e meio ambiente. Estes resultados foram compatíveis com os de Castro⁽³⁾, que avaliou a associação entre QV e a gravidade da dependência do tabaco, onde verificou associação entre a gravidade da dependência do tabaco e piores escores em todos os domínios da QV utilizando o mesmo instrumento.

Verificou-se uma relação positiva entre transtornos mentais na família em fumantes comparados aos que nunca fumaram. Estudos na família sobre o consumo de substâncias psicoativas e o hábito de fumar evidenciam que fatores genéticos influenciam ambos os transtornos⁽¹⁶⁾. Mulheres com uma história materna e familiar de abuso de substâncias psicoativas podem ter uma influência de fatores genéticos e ambientais para a dependência da droga, sendo necessária a identificação clara e consistente dos padrões familiares de abuso de substâncias e doença mental entre elas⁽¹⁷⁾.

Observou-se que houve diferença significativa entre fumantes e nunca fumantes em relação a fumantes em casa. Contribuições genéticas e ambientais são determinantes significativos, tanto para iniciação, como para a manutenção do hábito, sendo que fatores genéticos podem ser responsáveis por até 56% do risco de início e 67% da manutenção da dependência⁽¹⁸⁾.

O presente estudo encontrou idade de início precoce do tabagismo, depressão e uso de sedativos nos fumantes. A média de idade de início do cigarro em

fumantes com depressão ou uso de substâncias psicoativas foi 14 anos, que foi menor que a média dos fumantes sem uso de substâncias psicoativas ou sem depressão, que foi de 16 anos.

Os achados em relação à idade média de iniciação do tabagismo foram semelhantes aos de outros estudos, em que a idade média do início do uso do tabaco foi de 15 anos^(13,14). Vários estudos têm relatado um início precoce do tabagismo como um preditor de depressão. Segundo Hanna e colaboradores⁽¹⁹⁾, o início precoce do consumo regular do tabaco é um preditor do consumo de drogas e de desordens depressivas na vida, assim como o consumo do álcool. Sihvola e colaboradores⁽²⁰⁾ mostraram que o início precoce de depressão pode aumentar a vulnerabilidade ao consumo do tabaco em adolescentes, e que os transtornos depressivos na idade de 14 anos foram associados positivamente com níveis elevados de comportamento de posterior consumo da substância, em ambos os sexos.

Verificou-se mais depressão entre fumantes do que entre pessoas que nunca fumaram; tais resultados foram consistentes com os de Leventhal e colaboradores⁽²¹⁾, que demonstram que indivíduos fumantes que têm dificuldade em parar apresentaram maior prevalência e gravidade de vários sintomas disfóricos e do tipo vegetativo/melancólico quando comparados a pacientes sem história de dependência de nicotina. Schmitz e colaboradores⁽¹⁾ constataram que os fumantes têm maior probabilidade de apresentarem sintomas de depressão e ansiedade do que aqueles que nunca fumaram. Segundo o modelo da auto-medicação de fumar as propriedades da nicotina alteram o humor e são especialmente reforçadas em indivíduos deprimidos que são propensos a experiências de afetos negativos. Fumar pode melhorar a cognição, humor e ansiedade⁽²²⁾. Episódios recorrentes de depressão maior e o nível de depressão imediatamente antes da cessação parecem ser preditivos de recaídas. Deve-se considerar então que os fumantes com depressão devem ser avaliados quanto à intensidade dos sintomas depressivos antes e durante a intervenção para identificar aqueles que apresentam maiores risco de recaída⁽⁴⁾.

No questionário ASSIST reportou diferença significativa apenas quanto ao uso de sedativos. Não houve diferença significativa entre fumantes e nunca fumantes em uso de álcool e de drogas ilícitas. Estes resultados foram inconsistentes com outro estudo que sugeriu que o uso de bebida alcoólica está fortemente associado com o tabagismo. Diariamente, fumantes com desordens relacionadas ao consumo de álcool demonstraram piores sintomas do álcool do que os nunca fumantes⁽²³⁾.

Verificou-se no presente estudo que não houve diferença significativa entre os fumantes com e sem uso de substâncias psicoativas ou depressão em relação ao número de cigarros/dia. Kenney e Holahan⁽²⁴⁾, ao contrário, mostraram que, entre fumantes, aqueles com

baixos sintomas depressivos fumaram apenas menos de um maço de cigarros por semana, e aqueles com sintomas depressivos elevados fumaram mais de dois maços de cigarros por semana.

Os resultados da pesquisa sobre os níveis da dependência nicotínica não revelaram diferença significativa entre os fumantes com e sem uso de substâncias psicoativas ou depressão. Nesta amostra, os fumantes sem uso de substâncias psicoativas ou depressão foram qualificados com FTND 5,86, e os fumantes com uso de substâncias psicoativas ou depressão foram qualificados com FTND 6,04, o que foi considerado alto nível de dependência do tabaco (pontuação ≥ 6). O FTND foi clinicamente útil em subgrupos de fumantes; maior dependência física poderia levar o indivíduo a recaídas⁽²⁵⁾.

Na presente pesquisa, não houve diferenças significativas em tentativas para cessar o consumo do tabaco entre fumantes com e sem uso de substâncias psicoativas ou depressão, contrariamente às investigações de Breslau e colaboradores⁽²⁶⁾, que descrevem que depressão maior, distúrbios de ansiedade e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas tinham taxas mais elevadas de fumantes e menores taxas de tentativas de parar em comparação com pessoas que nunca sofreram de doença mental. Os mesmos autores dizem que a depressão maior prevê o subsequente aparecimento diário do desejo de fumar e a progressão para a dependência do tabaco. Para Reichert e colaboradores⁽⁴⁾, o abandono do uso de tabaco e a taxa de abstinência nos portadores de outras dependências são similares às aquelas verificadas na população geral. Pacientes com transtornos mentais e dependentes de álcool devem receber o tratamento para cessação do tabagismo recomendado para a população geral.

Observou-se em fumantes uma hospitalização significativamente maior no último mês e mais doenças que sofrem agravos pelo tabaco, como: diabetes, hipertensão, doença cardíaca, doença respiratória e úlcera péptica do que em pessoas que nunca fumaram. O tabagismo foi relatado como fator de risco para úlcera péptica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer de pulmão e outros tipos de câncer⁽⁴⁾. O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e as limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer⁽²⁷⁾.

O tabagismo também foi relatado como o principal fator causal para pelo menos 80% das mortes por DPOC, doença cardiovascular e morte precoce, e por aproximadamente 30% de todas as mortes por câncer⁽¹⁵⁾. Contrariamente a esses dados, este estudo não detectou diferença importante de câncer entre os fumantes relacionados com aqueles que nunca fumaram. Isto se justifica pela baixa idade dos participantes do estudo, no

qual a média de idade para fumantes foi de 45 anos e dos nunca fumantes foi de 44 anos, com predomínio do sexo feminino (61,1%). Verificou-se que o câncer de pulmão constitui a neoplasia de maior mortalidade nos dias atuais e sua incidência é maior nas pessoas entre 50 e 70 anos de idade, sendo prevalente no sexo masculino⁽²⁸⁾. Nesses casos, o tabagismo é o principal fator de risco⁽²⁸⁾. Em outro estudo de câncer de pulmão houve predomínio do sexo masculino e a idade média foi de 63,7 anos⁽²⁹⁾.

Observou-se no presente estudo que fumantes apresentaram menor média de IMC do que aqueles que nunca fumaram. Chiolero e colaboradores⁽³⁰⁾ reportam que fumantes têm menor IMC do que não fumantes. Corroborando com esses achados, Reichert e colaboradores⁽⁴⁾ acrescentam que fumantes pesam em geral menos do que os não fumantes e ganham peso quando param de fumar.

Este estudo permitiu ampliar os conhecimentos sobre o tema, e poderá servir de base para novas pesquisas, tudo com o intuito de melhorar a assistência prestada a esta clientela.

Existiram algumas limitações relacionadas à cooperação dos fumantes e das pessoas que nunca fumaram para obtenção dos dados, pelo fato de serem extraídos de uma amostra de conveniência de tempo e lugar. Além disso, por ser este um estudo transversal, não nos permitiu interpretação de influência causal.

Verificou-se a necessidade de elaboração de estratégias de intervenções da cessação do tabagismo para identificar subgrupos específicos de fumantes adultos, com início precoce do consumo do tabaco transtorno por uso de tabaco, transtorno depressivo e uso de sedativos. O abandono do uso de tabaco em pacientes com transtorno depressivo e /ou uso de substâncias psicoativas deve ser o mesmo recomendado para a população geral.

Sugerem-se novas pesquisas, com grupos de fumantes com doenças que sofrem agravos pelo tabaco e grupo de fumantes que ainda não apresentam tais doenças, para relacionar hospitalização, incapacidades domésticas e laborais, entre outros.

Programas preventivos do tabagismo deveriam focar os benefícios de não fumar para manutenção da saúde, melhora da qualidade de vida, redução da morbidade e das incapacidades decorrentes do consumo do tabaco, bem como a diminuição dos gastos da saúde pública.

Referências

1. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry*. 2003;160(9):1670-76.
2. Mitra M, Chung MC, Wilber N, Klein Walker D. Smoking status and quality of life: a longitudinal study among adults and disabilities. *Am J Prev Med*. 2004;27(3):258-60.
3. Castro MGT. Qualidade de vida e tabagismo [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.
4. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes da SBPT: diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol*. 2008;34(10):845-80.
5. Lemos T. Tabagismo e comorbidades psiquiátricas. Gigliotti A, Presman S. Atualização no Tratamento do Tabagismo. Rio de Janeiro: ABP-Saúde; 2006. p. 53-70.
6. Nunes SOV, Vargas HO, Lanssoni MMBS, Castro MRP, Nunes MVA, Barbosa L, et al. Avaliação das características clínicas dos fumantes que buscaram tratamento em um Centro de Referência do Sistema Único de Saúde (SUS). *Biosaúde*. 2006;8(1):3-24.
7. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-BREF”. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
8. WHO Assist Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002;97(9):1183-94.
9. World Health Organization .The ASSIST project – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST Questionnaire Version 3.0 (Portuguese) [Internet]. [cited 2009 jan 21]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/activites/assist/en/index.html.
10. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
11. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes. *Rev Bras Med*. 2002;59(1/2):73-80.
12. Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa, JAS. As propriedades psicométricas do teste de Fagerström para dependência de nicotina. *J Bras Pneumol*. 2009;35(1):73-82.
13. Storr CL, Reboussin BA, Anthony JC. The Fagerström test for nicotine dependence: A comparison of standard scoring and latent class analysis approaches. *Drug Alcohol Depend*. 2005;80(2):241-50.

14. Gonçalves MS. Perfil do fumante que procura apoio em um programa de cessação do tabagismo. [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2003.
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults – United States, 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2008;57(45):1221-26.
16. Gruzza RA, Bierut LJ. Co-occurring risk factors for alcohol dependence and habitual smoking: update on findings from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism.. *Alcohol Res Health.* 2006;29(3):172-78.
17. Simons L, Giorgio T. Characteristics of substance abusing men and women entering a drug treatment program. An exploration of sex differences. *Addict Disor Their Treat.* 2008;7(1):15-23.
18. Chatkin JM. A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2006;32(6):573-79.
19. Hanna EZ, Yi HY, Dufour MC, Whitmore CC. The relationship of early-onset regular smoking to alcohol use, depression, illicit drug use, and other risky behaviors during early adolescence: Results from the youth supplement to the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Subst Abuse.* 2001;13(3):265–82.
20. Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Pulkkinen L, Marttunen M, Kaprio J. Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish twins. *Addiction.* 2008;103(12):2045-53.
21. Leventhal AM, Kahler CW, Ray LA, Zimmerman M. Refining the depression-nicotine dependence link: Patterns of depressive symptoms in psychiatric outpatients with current, past, and no history of nicotine dependence. *Addict Behav.* 2009;34(3):297-303.
22. Hughes JR, Hatsukami DK, Michell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry.* 1986;143(8):993-97.
23. Morissette SB, Gulliver SB, Kamholz BW, Duade J, Farchione T, Devine E. Differences between daily smokers, chippers, and nonsmokers with co-occurring anxiety and alcohol-use disorders. *Addict Behav.* 2008;33(11):1425-31.
24. Kenney BA, Holahan CJ. Depressive symptoms and cigarette smoking in a college sample. *J Am Coll Health.* 2008;56(4):409-14.
25. Fagertröm KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978;3(3-4):235-41.
26. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry.* 2004;55(1):69-76.
27. World Health Organization. Building blocks for tobacco control: a handbook [Internet]. Geneva: WHO; 2004 [cited 2009 Feb 24]. Available from: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/en/building_blocks_1.pdf.

28. Barros JA, Valladares G, Faria AR, Fugita EM, Ruiz AP, Vianna AGD, et al. Diagnóstico precoce do câncer de pulmão: o grande desafio. Variáveis epidemiológicas e clínicas, estadiamento e tratamento. *J Bras Pneumol.* 2006;32(3):221-27
29. Sánchez PG, Vendrame GS, Madke GR, Pilla ES, Camargo JSP, Andrade CF, et al. Lobectomia por carcinoma brônquico: análise das co-morbidades e seu impacto na morbimortalidade pós-operatória. *J Bras Pneumol.* 2006;32(6):495-04.
30. Chiolero A, Jacot-Sadowski I, Faeh D, Paccaud F, Cornuz J. Association of cigarettes smoked daily with obesity in general adult population. *Obesity.* 2007;15(5):1311-18.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer CEP 067/07 – Aprovação do Projeto de Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Universidade Estadual de Londrina

Hospital Universitário Regional Norte do Paraná

Registro CONEP 268

Parecer nº 067/07 CAAE Nº 0076.0.268.000-07	Londrina, 30 de maio de 2007.
PESQUISADORA: SANDRA ODEBRECHT VARGAS NUNES	
<p>ILMA SRA</p> <p>O “COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA/ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL NORTE DO PARANÁ” DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES DA RESOLUÇÃO 196/96 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/MS, <u>APROVA</u> A EXECUÇÃO DO PROJETO:</p> <p>“AVALIAÇÃO CLÍNICA E DA QUALIDADE DE VIDA DE TABAGISTAS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIAS DE ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”.</p> <p>INFORMAMOS QUE A SRA DEVERÁ COMUNICAR, POR ESCRITO, QUALQUER MODIFICAÇÃO QUE OCORRA NO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA, BEM COMO DEVERÁ SER APRESENTADO AO CEP/UDEL RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA.</p>	
SITUAÇÃO DO PROJETO: APROVADO	
<p style="text-align: center;">ATENCIOSAMENTE,</p> <p>PROF^ª. DRA. NILZA MARIA DINIZ</p> <p style="text-align: center;">COORDENADORA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UDEL</p>	

ANEXO B – Parecer CEP 048/05 – Aprovação do Projeto de Pesquisa

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER CEP 048/05

Londrina, 01 de julho de 2005.

Ao Sr.

Paulo Sergio Basoli
Chefe da Divisão de Cadastro e Acompanhamento
Pró Reitoria de Pesquisa em Pós-Graduação
Universidade Estadual de Londrina

O Comitê de Ética em Pesquisa analisou e aprovou o Projeto de Pesquisa “AVALIAR A EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE TABACO EM RELAÇÃO AOS FATORES DE RISCO”, da Pesquisadora Prof^a. Dra. Sandra Odebrecht Vargas Nunes, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que está de acordo com a Resolução 196/96 – CNS.

Atenciosamente,

Prof^a. Dra. Nilza Maria Diniz
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora

ANEXO C – Questionário

PROGRAMA DE TABAGISMO – AVALIAÇÃO CLÍNICA

Instrumento Número: |__|_|_|. Data da primeira avaliação: ____/____/____

Local: 1. UEL 2. Centros de saúde

Etiqueta de Identificação

Cartão SUS N°: _____ Hygia N°: _____

Coordenador do Grupo: _____

Vice Coordenador: _____

1. População:

- | | |
|---|---------------|
| 01. Tabagista trat.c/ grupo terapêutico | 09. Controle |
| 02. Tabagista trat.c/ grupo terapêutico+farmacoterapia | 10. Psicótico |
| 03. Tabagista trat.c/ grupo terapêutico+reposição nicotínica(TRN) | 11. Bipolar |
| 04. Tabagista trat.c/ grupo terapêutico+farmacoterapia+TRN | 12. Câncer |
| 05. Grupo terapia+homeopatia | 13. Gestante |
| 06. Grupo terapia+homeopatia+reposição nicotínica(TRN) | |
| 07. Grupo terapia+homeopatia+TRN+farmacoterapia | |
| 08. Desistência | |

I – Caracterização Sócio-demográfica da clientela

Nome/Apelido: _____

2. Data de Nascimento: ____/____/____. 3. Idade (em anos): _____

4. Naturalidade: _____ 5. Gênero: 1. Masculino 2. Feminino

6. Situação conjugal: 1. Solteiro 2. União estável 3. Separado/Divorciado 4. Viúvo

7. Cor da pele: 1. Branca 2. Negra 3. Amarela 4. Mulata 5. Parda 6. Indígena

8. Anos de estudo: _____

9. Nível de Escolaridade: 01. Analfabeto 02. Alfabetizado 03. Fundamental incompleto

04. Fundamental Completo 05. Médio Incompleto 06. Médio Completo

07. Superior Incompleto 08. Superior Completo 09. Pós-graduação latu-sensu 10. Pós-graduação stricto-sensu

10. Reside: 1. Sozinho 2. Parceiro 3. Família 4. Familiares 5. Asilo

6. Outros _____

11. Renda familiar mensal (salários-mínimos): _____ 12. N° dependentes desta renda: _____

Endereço: _____

Município: _____ CEP: _____ Estado: _____

Telefone Contato: _____ Celular: _____ Ramal: _____

II – Situação de Trabalho 1

13. Local de Trabalho: _____

Endereço: _____

Município: _____ CEP: _____ Estado: _____

14. Formação: _____ **15.**

Profissão: _____ **16.** Ocupação: _____

17. Relação com o trabalho: 1. Formal 2. Informal 3. Autônomo 4. Servidor Público

18. Situação trabalhista: 1. Desempregado 2. Auxílio-desemprego 3. Atividade não Remunerada 4.

Atividade Remunerada 5. Auxílio-doença 6. Estudante 7. Aposentado

8. Outro _____

19. Possui doença que o afaste do trabalho: 1. sim 2. não

20. Qual é a doença? _____

21. Esta doença torna-o incapaz para o trabalho? 1. sim 2. não

22. No último mês, quantos dias ficou afastado das suas atividades laborais? _____

23. Qual foi o motivo/doença? _____

24. No último ano, quantos dias ficou afastado das suas atividades laborais? _____

25. Qual foi o motivo/doença? _____

26. Esta doença o incapacitou para as atividades domésticas? 1. sim 2. não

27. Teve alguma internação geral recente: 1. sim 2. não

28. Por quantas vezes foi internado? _____

29. Quantos dias duraram cada internação? _____

30. Seus colegas de trabalho fumam? 1. sim 2. não

31. Existe no local de trabalho área específica para fumar – fumódromo? 1. sim 2. não

III – DADOS DE ENCAMINHAMENTO

32. A procura deu-se: 1. Voluntariamente 2. Por encaminhamento médico ou clínica

3. Sugestão familiar 4. Sugestão amigo 5. Sugestão colega de trabalho

6. Outro _____

IV – ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISTA

História Pgressa da Doença

33. (01) Você tem ou teve freqüentemente aftas, lesões (feridas) e/ou sangramento na boca?

1. Sim 2. Não.....

33.1. Está em tratamento? 1. Sim 2. Não.....

34. (02) Você tem diabetes mellitus?

1. Sim 2. Não

34.1. Está em tratamento? 1. Sim 2. Não.....

35. (03) Você tem hipertensão arterial?

1. Sim 2. Não

- 35.1. Está em tratamento? 1. Sim 2. Não.....

- 36. (04) Você tem ou teve algum problema cardíaco?
 - 1. Sim 2. Não
 - 36.1. Qual? _____
 - 36.2. Está em tratamento? 1. Sim 2. Não.....

- 37. (05) Você tem ou teve frequentemente queimação, azia, dor no estômago, úlcera ou gastrite?
 - 1. Sim 2. Não
 - 37.1. Está em tratamento? 1. Sim 2. Não.....

- 38. (06) Você tem ou teve algum problema pulmonar?
 - 1. Sim 2. Não
 - 38.1. Qual? _____
 - 38.2. Está em tratamento? 1. Sim 2. Não.....

- 39. (07) Você tem alergia respiratória?
 - 1. Sim 2. Não
 - 39.1. Está em tratamento? 1. Sim 2. Não.....

- 40. (08) Você tem alergia cutânea?
 - 1. Sim 2. Não
 - 40.1. Está em tratamento? 1. Sim 2. Não.....

- 41. (09) Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno?
 - 1. Sim 2. Não
 - 41.1. Onde (local)? _____
 - 41.2. Está em tratamento? 1. Sim 2. Não.....

- 42. (10) Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia?
 - 1. Sim 2. Não
 - 42.1. Está em tratamento? 1. Sim 2. Não.....

- 43. (11) Você tem anorexia nervosa ou bulimia?
 - 1. Sim 2. Não
 - 43.1. Está em tratamento? 1. Sim 2. Não.....

- 44. (12) Você costuma ter crises de depressão ou ansiedade?
 - 1. Sim 2. Não
 - 44. 1. Está em tratamento? 1. Sim 2. Não.....

- 45. (13) Você faz ou fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?

1. Sim 2. Não

45. 1. Está em tratamento? 1. Sim 2. Não.....

45.2. Qual a medicação? _____

Caso tenha respondido SIM para as duas questões anteriores (44 e 45), fazer as perguntas sobre Depressão – da 46 à 51; se NÃO vá direto para a questão 50.

46. (a) Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?

1. Sim 2. Não

46.1. Qual? _____

47. (b1) No último mês você sentiu ou apresentou algum destes sintomas, com duração > 15 dias: (Assinale com x as alternativas)

. Tristeza

. Perda de interesse e prazer

. Energia reduzida e cansaço

48. (b2) Você sentiu ou apresentou, no último mês, algum destes sintomas por mais de 15 dias de duração? (Assinale com x as alternativas)

. Concentração e atenção reduzidas

. Sentimento de culpa e inutilidade

. Idéias ou atitudes auto-lesivas ou de suicídio

. Apetite alterado

. Sono alterado

. Auto-estima e autoconfiança reduzida

. Agitação ou lenhificação psicomotora

. Pessimismo

49. Grau de Depressão

0. Sem critérios

1. Depressão leve – dois sintomas da questão 47 e dois da 48. Além disso, o paciente apresenta dificuldade com o trabalho e atividades sociais,mas não interrompe as funções.

2. Depressão moderada – dois sintomas da questão 47 e três da 48. Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com atividades sociais laboráveis ou domésticas.

3. Depressão grave – três sintomas da questão 47 e cinco sintomas da 48. Critério de dependência moderada, mais angústia ou agitação considerável. Perda da auto-estima. Sentimentos de inutilidade ou culpa e suicídio é um perigo marcante.

50. (c) Há história de transtorno psiquiátrico na família?

1. Sim 2. Não

50.1. Quem? _____

50.2. Que tipo? _____

51. (d) O paciente apresentou durante a consulta (Assinale com x as alternativas)

. Agitação

. Falta de concentração

. Pensamento e fala lentificados ou acelerados

. Nenhuma alteração

52. (14) Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência?

1. Nunca 2. Todos os dias 3. Finais de semana 4. Raramente

53. (a) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

1. Sim 2. Não

54. (b) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

1. Sim 2. Não

55. (c) Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?

1. Sim 2. Não

56. (d) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

1. Sim 2. Não

56.1. *Três ou quatro questões positivas no CAGE mostram uma tendência importante para o alcoolismo.*

1. Sim 2. Não

57. (15) Você tem ou teve algum outro problema sério de saúde que não foi citado?

1. Sim 2. Não **57.1.** Qual? _____

57.2. Está em tratamento? 1. Sim 2. Não.....

57.3. Qual? _____

58. (16) Algum medicamento em uso atual?

1. Sim 2. Não

58.1. Qual? _____

65. (04) Quantas vezes você tentou parar de fumar?

1. De 1 a 3 vezes 2. Mais de 3 vezes
3. Nunca tentou (*seguir para a questão 69*)

66. (05) Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos um dia?

1. Uma vez 2. Duas vezes
3. Três vezes 4. Mais de três vezes 5. Nenhuma vez

67. (06) Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar?(Múltipla escolha)

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| . Bebida..... | <input type="checkbox"/> | Estressor de Perda..... | <input type="checkbox"/> |
| . Briga – Raiva..... | <input type="checkbox"/> | Isolação..... | <input type="checkbox"/> |
| . Tensão..... | <input type="checkbox"/> | Alegria..... | <input type="checkbox"/> |
| . Influência..... | <input type="checkbox"/> | Condicionamento..... | <input type="checkbox"/> |
| . Medo ganhar peso..... | <input type="checkbox"/> | Ansiedade..... | <input type="checkbox"/> |
| . Sem motivo aparente..... | <input type="checkbox"/> | Outro..... | <input type="checkbox"/> |

68. (07) Alguma vez na vida utilizou algum recurso para deixar de fumar?

1. Nenhum 2. Apoio de profissional de saúde
3. Leitura em folhetos, revistas, jornais e outros
4. Medicamento
4.1. Qual? _____
5. Outros _____

69. (08) Você participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento do tabagismo em algum lugar?

1. Sim 2. não

70. Fez uso de tratamento para parar de fumar (pode escolher várias) :

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| . bupropiona | <input type="checkbox"/> | reposição com adesivo | <input type="checkbox"/> |
| . goma | <input type="checkbox"/> | acupuntura..... | <input type="checkbox"/> |
| . homeopatia | <input type="checkbox"/> | grupo terapêutico..... | <input type="checkbox"/> |
| . apoio de profissionais de saúde | <input type="checkbox"/> | outros medicamentos | <input type="checkbox"/> |
| . Qual? _____ | | | |

71. A última vez que ficou abstinente foi por quanto tempo (em meses) _____

72. (09) Por que você quer deixar de fumar agora? (Pode assinalar várias alternativas)

- | | |
|---|--------------------------|
| . Por que está afetando minha saúde | <input type="checkbox"/> |
| . Outras pessoas estão me pressionando..... | <input type="checkbox"/> |
| . Pelo bem-estar de minha família..... | <input type="checkbox"/> |
| . Estou preocupado com minha saúde no futuro..... | <input type="checkbox"/> |
| . Porque meus filhos pedem..... | <input type="checkbox"/> |
| . Porque não gosto de ser dependente..... | <input type="checkbox"/> |
| . Fumar é anti-social..... | <input type="checkbox"/> |
| . Porque gasto muito dinheiro com cigarro | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |

- . Fumar é um mal exemplo para as crianças.....
 - . Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados.....
 - . Outros.....
- 73. (10)** Você convive com fumantes na sua casa?
1. Sim 2. Não
- 73.1.** Qual o grau de parentesco? _____
- 74. (11)** Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?
1. Sim 2. Não

Escala de Tolerância de Fagerström – *Gravidade à Dependência à Nicotina*

- 75. (01)** Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?
0. Após 60 minutos
1. Entre 31 a 60 minutos
2. Entre 06 a 30 minutos
3. Nos primeiros 5 minutos
- 76. (02)** Você acha difícil não fumar em lugares onde é proibido, como em igrejas, bibliotecas, local de trabalho, shoppings, etc?
1. Sim 0. não
- 77. (03)** Qual o cigarro do dia traz mais satisfação?
- 1.O primeiro da manhã 0. Outros
- 78. (04)** Quantos cigarros você fuma por dia?
0. Menos de 10
1. De 11 a 20
2. De 21a 30
3. Mais de 31
- 79. (05)** Você fuma mais pela manhã?
1. Sim 0. não
- 80. (06)** Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?
- 1.Sim 0. não

80.1.Pontuação.....

- História Familiar de Tabagismo em Primeiro Grau
- 81.** Seu pai fuma ou já fumou? 1. Sim 2. Não
- 82.** Sua mãe fuma ou já fumou? 1. Sim 2. não
- 83.** Número de irmãos? _____ **84.** Quantos deles fumam? _____
- 85.** Número de filhos? _____ **86.** Quantos deles fumam? _____

87. História familiar: 1. Positiva 2. Negativa 3. Desconhece

88. História familiar de transtorno mental: 1. Sim 2. Não

88.1. Qual familiar? _____

88.2. Qual transtorno mental? _____

Avaliação do Grau de Motivação

89. Grau de Motivação

1. *Contemplativo* – motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias

2. *Ação* – já tem data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês

3. *Recaído* – retornou ao consumo habitual de cigarros

Exame Físico – Fase 0

90. Altura do paciente (m):

91. Peso (kg):

92. IMC – Índice de Massa Corpórea (peso/ altura²):

93. PA:

94. FC:

Circunferência Abdominal:

95.2 Circunferência Quadril:

96. ACV:

1. Normal

2. Ritmo regular

3. Ritmo Irregular

96a. Se AVC = Ritmo irregular, Extras Sístoles/minuto:

1. <5

2. >= 5

97. AR:

1. Normal

2. Roncos e sibilos

3. Diminuição do murmúrio vesicular

98. RXT:

1. Normal

2. DPOC

3. Outros

Monóxido de Carbono

99. CO:

100. Glicemia:

101. Há quanto tempo fumou o último cigarro (horas)? _____

102.1- Colesterol Total:

102.2- Colesterol HDL:

102.3- Colesterol LDL:

102.4- Triglicerídeos:

Observações: _____

ASSIST 103. (01) Na sua vida qual dessas substâncias você já usou (Somente uso não médico)

	Não	Sim
103.1. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)	0	3
103.2. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)	0	3
103.3. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	0	3
103.4. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)	0	3
103.5. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)	0	3
103.6. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter...)	0	3
103.7. Hipnóticos e sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorax ...)	0	3
103.8. Drogas Alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	3
103.9. Opióides (heroína, morfina, metadona, coldeína ...)	0	3
103.10. Outros, Especificar : _____	0	3

Se NÃO em todos os itens questionar “Nem mesmo quando você estava na escola?”

Se NÃO em todos os itens, pare a entrevista e vá para a questão 111.

Se SIM para alguma droga, prossiga para a questão 104 para cada droga usada.

104. (02) Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?

	Nunca	1 a 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
104.1. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)	0	2	3	4	6
104.2. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)	0	2	3	4	6
104.3. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	0	2	3	4	6
104.4. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)	0	2	3	4	6
104.5. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)	0	2	3	4	6
104.6. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter ...)	0	2	3	4	6
104.7. Hipnóticos e sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorax ...)	0	2	3	4	6
104.8. Drogas Alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	2	3	4	6
104.9. Opióides (heroína, morfina, metadona, coldeina ...)	0	2	3	4	6
104.10. Outras, Específica _____	0	2	3	4	6

Se NUNCA em todos os itens da Questão 104, vá para a questão 111.

Se SIM para alguns destes itens prossiga respondendo as questões 105 a 110.

105. (03) Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)

	Nunca	1 a 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
105.1. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)	0	3	4	5	6
105.2. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)	0	3	4	5	6
105.3. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	0	3	4	5	6
105.4. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)	0	3	4	5	6
105.5. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)	0	3	4	5	6
105.6. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter ...)	0	3	4	5	6
105.7. Hipnóticos e sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorax ...)	0	3	4	5	6

105.8. Drogas Alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	3	4	5	6
105.9. Opióides (heroína, morfina, metadona, coldeína ...)	0	3	4	5	6
105.10. Outras, Especifica _____	0	3	4	5	6

106. (04) Durante os últimos três meses com que frequência o seu consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?

	Nunca	1 a 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
106.1. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)	0	4	5	6	7
106.2. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)	0	4	5	6	7
106.3. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	0	4	5	6	7
106.4. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)	0	4	5	6	7
106.5. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)	0	4	5	6	7
106.6. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter ...)	0	4	5	6	7
106.7. Hipnóticos e sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorax ...)	0	4	5	6	7
106.8. Drogas Alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	4	5	6	7
106.9. Opióides (heroína, morfina, metadona, coldeína ...)	0	4	5	6	7
106.10. Outras, Especifica _____	0	4	5	6	7

107. (05) (Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso você deixou de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?

	Nunca	1 a 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
107.1. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)	0	5	6	7	8
107.2. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)	0	5	6	7	8
107.3. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	0	5	6	7	8
107.4. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)	0	5	6	7	8
107.5. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)	0	5	6	7	8
107.6. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter ...)	0	5	6	7	8

107.7. Hipnóticos e sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorax ...)	0	5	6	7	8
107.8. Drogas Alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	5	6	7	8
107.9. Opióides (heroína, morfina, metadona, coldeína ...)	0	5	6	7	8
107.10. Outras, Especifica _____	0	5	6	7	8

108. (06) Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (Primeira Droga, depois a segunda droga, etc)?

	NÃO, Nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
108.1. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)	0	3	6
108.2. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)	0	3	6
108.3. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	0	3	6
108.4. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)	0	3	6
108.5. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)	0	3	6
108.6. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter ...)	0	3	6
108.7. Hipnóticos e sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorax ...)	0	3	6
108.8. Drogas Alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	3	6
108.9. Opióides (heroína, morfina, metadona, coldeína ...)	0	3	6
108.10. Outras, Especifica	0	3	6

109. (07) Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?

	NÃO, Nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
109.1. Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda ...)	0	3	6
109.2. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados – pinga, uísque ...)	0	3	6
109.3. Maconha (baseado, erva, haxixe ...)	0	3	6
109.4. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem ...)	0	3	6
109.5. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites ...)	0	3	6
109.6. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter ...)	0	3	6
109.7. Hipnóticos e sedativos (remédios para dormir, diazepam, lorax ...)	0	3	6
109.8. Drogas Alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	3	6
109.9. Opióides (heroína, morfina, metadona, coldeína ...)	0	3	6

109.10. Outras, Especifica	0	3	6
-----------------------------------	---	---	---

110. (08) Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

0. NÃO, Nunca

3. SIM, mas não nos últimos 3 meses

2. SIM, nos últimos 3 meses

110.1 Pontuação – Hamilton.....

110.2 Pontuação – Tabaco

1. 0-3 2. 4-26 3. 27 ou mais

110.3 Pontuação – Bebidas alcoólicas

1. 0-10 2. 11-26 3. 27 ou mais

110.4 Pontuação – Maconha

1. 0-3 2. 4-26 3. 27 ou mais

110.5 Pontuação – Cocaína, crack

1. 0-3 2. 4-26 3. 27 ou mais

110.6 Pontuação – Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy

1. 0-3 2. 4-26 3. 27 ou mais

110.7 Pontuação – Inalantes

1. 0-3 2. 4-26 3. 27 ou mais

110.8 Pontuação – Hipnóticos e sedativos

1. 0-3 2. 4-26 3. 27 ou mais

110.9 Pontuação – Drogas alucinógenas

1. 0-3 2. 4-26 3. 27 ou mais

110.10 Pontuação – Opióides

1. 0-3 2. 4-26 3. 27 ou mais

110.11 Pontuação – Outras

1. 0-3 2. 4-26 3. 27 ou mais

Qualidade de Vida – Escala do WHOQOL – Bref

As perguntas abaixo deverão ser respondidas tendo como referencia as **duas últimas semanas**.

Analise a questão e circule o número que lhe pareça a melhor resposta.

	Muito Ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito Boa
111. (01) Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
112. (02) Quão satisfeito você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o **quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
113. (03) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
114. (04) O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
115. (05) O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
116. (06) Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
117. (07) O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
118. (08) Quão seguro(a) você se sente com a vida diária?	1	2	3	4	5
119. (09) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
120. (10) Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
121. (11) Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
122. (12) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
123. (13) Quão disponíveis para você estão as informações que precisa para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
124. (14) Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito Ruim	Ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito Bom
125. (15) Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
126. (16) Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
127. (17) Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
128. (18) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
129. (19) Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
130. (20) Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
131. (21) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
132. (22) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
133. (23) Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
134. (24) Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
135. (25) Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

*As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.*

	Nunca	Algumas Vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
136. (26) Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário? _____

Exames – 137**Situação Paciente (Sit Pac.)**

1. Fumante 2. Não fumante 3. Não compareceu
4. Lapso recaída 5. Lapso abstinência 6. Abandono

Tratamento (Tratam.)

01. Grupo 02. Grupo+adesivo 03. Grupo+goma
04. Grupo+adesivo+goma 05. Grupo+bupropiona 06. Grupo+bupropiona+adesivo
07. Grupo+bupropiona+adesivo+goma 08. Grupo+bupropiona+goma
09. Grupo+ISRS 10. Grupo+ISRS+adesivo 11. Grupo+ISRS+goma
12. Grupo+ISRS+goma+adesivo 13. Grupo+nortriptilina 14. Grupo+nortriptilina+goma
15. Grupo+nortriptilina+adesivo 16. Grupo+nortriptilina+adesivo+goma
17. Nenhum 18. Grupo + outro 19. Outro _____

Monóxido de Carbono (Monox.)

1. Positivo

2. Negativo

	Sit.Pac.	Tratam.	Monox.		Sit.Pac.	Tratam.	Monox.
Avaliação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Sess.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Sess.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Sess.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 Sess.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 Sess.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 Sess.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 Sess.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 Sess.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

138. OximetriaSaturação de O²: **139. Outros**

1. Dosagem IL-6 – Fase 0:

agem PCR – Fase 0:

3. Genética do Tabagismo:

 PESQUISA SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO 3 meses**140.** Como você descreveria a melhor estimativa de adesão ao tratamento prescrito?

1. Não tomou a medicação durante as últimas 12 semanas
2. Quase sempre é aderente a medicação prescrita
3. Adere ao tratamento cerca da metade do tempo
4. Nunca é aderente ao tratamento prescrito
5. Adere totalmente a medicação prescrita

141. Indique a razão de sua não aderência ao tratamento prescrito?

1. Não aplicável
2. Falta de eficácia parcial da medicação prescrita
3. Intolerância ao tratamento prescrito
4. Falta de medicação prescrita na instituição
5. Outro

RESULTADOS 3 meses

142. Cessação do tabaco: 1. sim 2. não
143. Recaída em 3 meses: 1. sim 2. não
144. Participação na intervenção cognitiva(dias)
145. Quantos dias após a intervenção abandonou o tabagismo?.....
146. Barreiras para não abandonar o tabagismo ? 1. sim 2. não
147. Medo de ganhar peso? 1. sim 2. não
148. Dificuldades com os sintomas de abstinência? 1. sim 2. não
Quais?
149. Agravamento dos problemas emocionais? 1. sim 2. não
Quais?.....
150. Sentimentos de perda de controle? 1. sim 2. não
151. Não conseguiu resistir à fissura ? 1. sim 2. não

QUALIDADE DE VIDA

152. Como você avaliaria sua qualidade de vida?
1.muito ruim 2. ruim 3. nem ruim e nem boa 4. boa 5. muito boa
153. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?
1. muito insatisfeito 4. boa
2. insatisfeito 5. muito satisfeito
3. nem satisfeito/nem insatisfeito

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas:

154. Em que medida você acha que sua dor(física) impede de fazer o que precisa?
1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente
155. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente
156. O quanto você aproveita a vida?
1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente
157. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?
1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente
158. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?.
1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente
159. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas:

160. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?
1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente
161. Você é capaz de aceitar sua aparência física?
1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente
162. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente
163. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?
1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente
164. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas:

165. Quão bem você é capaz de se locomover?
1. muito ruim 2. ruim 3. nem ruim/nem bom 4. bom 5. muito bom
166. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
167. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
168. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
169. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
170. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais(amigos, parentes, conhecidos, colegas)
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
171. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
172. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
173. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
174. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
175. Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito

As questões seguintes referem-se a com que freqüência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

176. Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1. nunca 2. algumas vezes 3. freqüentemente

4. muito freqüentemente 5. sempre

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário? _____

177. Barreiras: 1. Cessou 2. Não cessou

177.1 Se não cessou, Barreiras para não abandonar: (múltipla escolha):

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| . Ansiedade..... | <input type="checkbox"/> | Medo de ganhar peso..... | <input type="checkbox"/> |
| . Pressão social | <input type="checkbox"/> | Condicionamento café..... | <input type="checkbox"/> |
| . Estresse no trabalho..... | <input type="checkbox"/> | Solidão..... | <input type="checkbox"/> |
| . Estresse na família..... | <input type="checkbox"/> | Condicionamento primeiro cigarro..... | <input type="checkbox"/> |
| . Álcool..... | <input type="checkbox"/> | Tristeza..... | <input type="checkbox"/> |
| . Alegria..... | <input type="checkbox"/> | Desinibição..... | <input type="checkbox"/> |
| . Não sabe..... | <input type="checkbox"/> | Medo de fissura..... | <input type="checkbox"/> |
| . Prazer..... | <input type="checkbox"/> | Outros..... | <input type="checkbox"/> |

PESQUISA SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO – 6 meses

178. Como você descreveria a melhor estimativa de adesão ao tratamento prescrito?

1. Não tomou a medicação durante as últimas 12 semanas
2. Quase sempre é aderente a medicação prescrita
3. Adere ao tratamento cerca da metade do tempo
4. Nunca é aderente ao tratamento prescrito
5. Adere totalmente a medicação prescrita

179. Indique a razão de sua não aderência ao tratamento prescrito?

1. Não aplicável
2. Falta de eficácia parcial da medicação prescrita
3. Intolerância ao tratamento prescrito
4. Falta de medicação prescrita na instituição

RESULTADOS 6 meses

180. Cessação do tabaco: 1. sim 2. não

181. Recaída em 6 meses: 1. sim 2. não

182. Participação na intervenção cognitiva(dias)

183. Quantos dias após a intervenção abandonou o tabagismo?.....

184. Barreiras para não abandonar o tabagismo? 1. sim 2. não

185. Medo de ganhar peso? 1. sim 2. não

186. Dificuldades com os sintomas de abstinência? 1. sim 2. não
 Quais?
187. Agravamento dos problemas emocionais? 1. sim 2. não
 Quais?.....
188. Sentimentos de perda de controle ? 1. sim 2. não
189. Não conseguiu resistir à fissura ? 1. sim 2. não
190. Barreiras: 1. Cessou 2. Não cessou
- 190.1 Se não cessou, Barreiras para não abandonar: (múltipla escolha):
- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| . Ansiedade..... | <input type="checkbox"/> | Medo de ganhar peso..... | <input type="checkbox"/> |
| . Pressão social | <input type="checkbox"/> | Condicionamento café..... | <input type="checkbox"/> |
| . Estresse no trabalho..... | <input type="checkbox"/> | Solidão..... | <input type="checkbox"/> |
| . Estresse na família..... | <input type="checkbox"/> | Condicionamento primeiro cigarro..... | <input type="checkbox"/> |
| . Álcool..... | <input type="checkbox"/> | Tristeza..... | <input type="checkbox"/> |
| . Alegria..... | <input type="checkbox"/> | Desinibição..... | <input type="checkbox"/> |
| . Não sabe..... | <input type="checkbox"/> | Medo de fissura..... | <input type="checkbox"/> |
| . Prazer..... | <input type="checkbox"/> | Outros..... | <input type="checkbox"/> |

PESQUISA SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO – 9 meses

191. Como você descreveria a melhor estimativa de adesão ao tratamento prescrito?
 1.Não tomou a medicação durante as últimas 12 semanas
 2.Quase sempre é aderente a medicação prescrita
 3.Adere ao tratamento cerca da metade do tempo
 4.Nunca é aderente ao tratamento prescrito
 5.Adere totalmente a medicação prescrita
192. Indique a razão de sua não aderência ao tratamento prescrito?
 1.Não aplicável
 2.Falta de eficácia parcial da medicação prescrita
 3.Intolerância ao tratamento prescrito
 4.Falta de medicação prescrita na instituição

RESULTADOS 9 meses

193. Cessaç o do tabaco: 1. sim 2. n o
194. Reca da em 9 meses: 1. sim 2. n o
195. Participa o na interven o cognitiva(dias)
196. Quantos dias ap s a interven o abandonou o tabagismo?.....
197. Barreiras para n o abandonar o tabagismo? 1. sim 2. n o

198. Medo de ganhar peso? 1. sim 2. não

199. Dificuldades com os sintomas de abstinência? 1. sim 2. não
Quais?

200. Agravamento dos problemas emocionais? 1. sim 2. não
Quais?.....

201. Sentimentos de perda de controle? 1. sim 2. não

202. Não conseguiu resistir à fissura ? 1. sim 2. não

QUALIDADE DE VIDA

203. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

1.muito ruim 2. ruim 3. nem ruim e nem boa 4. boa 5. muito boa

204. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

1. muito insatisfeito 4. boa
2. insatisfeito 5. muito satisfeito
3. nem satisfeito/nem insatisfeito

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas:

205. Em que medida você acha que sua dor(física) impede de fazer o que precisa?
1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

206. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

207. O quanto você aproveita a vida?
1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

208. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?
1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

209. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?
1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

210. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas:

211. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?
1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente

212. Você é capaz de aceitar sua aparência física?
1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente

213. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente

214. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?
1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente

215. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas:

216. Quão bem você é capaz de se locomover?
 1. muito ruim 2. ruim 3. nem ruim/nem bom 4. bom 5. muito bom
217. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?
 1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. satisfeito 5. muito satisfeito
218. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
 1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. satisfeito 5. muito satisfeito
219. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?
 1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. satisfeito 5. muito satisfeito
220. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?
 1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. satisfeito 5. muito satisfeito
221. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais(amigos, parentes, conhecidos, colegas)
 1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. satisfeito 5. muito satisfeito
222. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
 1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. satisfeito 5. muito satisfeito
223. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
 1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. satisfeito 5. muito satisfeito
224. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?
 1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. satisfeito 5. muito satisfeito
225. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
 1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. satisfeito 5. muito satisfeito
226. Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?
 1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
 4. satisfeito 5. muito satisfeito

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

227. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?
 1. nunca 2. algumas vezes 3. frequentemente
 4. muito frequentemente 5. sempre

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário? _____

- 228.** Barreiras: 1. Cessou 2. Não cessou
- 288.1** Se não cessou, Barreiras para não abandonar: (múltipla escolha):
- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| . Ansiedade..... | <input type="checkbox"/> | Medo de ganhar peso..... | <input type="checkbox"/> |
| . Pressão social | <input type="checkbox"/> | Condicionamento café..... | <input type="checkbox"/> |
| . Estresse no trabalho..... | <input type="checkbox"/> | Solidão..... | <input type="checkbox"/> |
| . Estresse na família..... | <input type="checkbox"/> | Condicionamento primeiro cigarro..... | <input type="checkbox"/> |
| . Álcool..... | <input type="checkbox"/> | Tristeza..... | <input type="checkbox"/> |
| . Alegria..... | <input type="checkbox"/> | Desinibição..... | <input type="checkbox"/> |
| . Não sabe..... | <input type="checkbox"/> | Medo de fissura..... | <input type="checkbox"/> |
| . Prazer..... | <input type="checkbox"/> | Outros..... | <input type="checkbox"/> |

PESQUISA SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO – 12 meses

- 229.** Como você descreveria a melhor estimativa de adesão ao tratamento prescrito?
1. Não tomou a medicação durante as últimas 12 semanas
 2. Quase sempre é aderente a medicação prescrita
 3. Adere ao tratamento cerca da metade do tempo
 4. Nunca é aderente ao tratamento prescrito
 5. Adere totalmente a medicação prescrita

- 230.** Indique a razão de sua não aderência ao tratamento prescrito?
1. Não aplicável
 2. Falta de eficácia parcial da medicação prescrita
 3. Intolerância ao tratamento prescrito
 4. Falta de medicação prescrita na instituição

RESULTADOS 12 meses

- 231.** Cessação do tabaco: 1. sim 2. não
- 232.** Recaída em 1 ano: 1. sim 2. não
- 233.** Participação na intervenção cognitiva(dias)
- 234.** Quantos dias após a intervenção abandonou o tabagismo?.....
- 235.** Barreiras para não abandonar o tabagismo? 1. sim 2. não
- 236.** Medo de ganhar peso? 1. sim 2. não
- 237.** Dificuldades com os sintomas de abstinência? 1. sim 2. não
- Quais?
- 238.** Agravamento dos problemas emocionais? 1. sim 2. não
- Quais?.....
- 239.** Sentimentos de perda de controle ? 1. sim 2. não
- 240.** Não conseguiu resistir à fissura ? 1. sim 2. não

QUALIDADE DE VIDA

241. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

1. muito ruim 2. ruim 3. nem ruim e nem boa 4. boa 5. muito boa

242. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

1. muito insatisfeito 4. boa
2. insatisfeito 5. muito satisfeito
3. nem satisfeito/nem insatisfeito

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas:

243. Em que medida você acha que sua dor(física) impede de fazer o que precisa?

1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

244. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

245. O quanto você aproveita a vida?

1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

246. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

247. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

248. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas:

249. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente

250. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente

251. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente

252. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente

253. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas:

254. Quão bem você é capaz de se locomover?

1. muito ruim 2. ruim 3. nem ruim/nem bom 4. bom 5. muito bom

255. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
256. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
257. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
258. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
259. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais(amigos, parentes, conhecidos, colegas)
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
260. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
261. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
262. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
263. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito
264. Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?
1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito/nem insatisfeito
4. satisfeito 5. muito satisfeito

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

265. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?
1. nunca 2. algumas vezes 3. frequentemente
4. muito frequentemente 5. sempre

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário? _____

266. Barreiras: 1. Cessou 2. Não cessou

266.1 Se não cessou, Barreiras para não abandonar: (múltipla escolha):

- . Ansiedade..... Medo de ganhar peso.....
- . Pressão social Condicionamento café.....
- . Estresse no trabalho..... Solidão.....
- . Estresse na família..... Condicionamento primeiro cigarro.....
- . Álcool..... Tristeza.....
- . Alegria..... Desinibição.....
- . Não sabe..... Medo de fissura.....
- . Prazer..... Outros.....

267. Oximetria

Saturação de O²:

268. Outros

1. Dosagem IL-6 – Fase 1:

2. Dosagem PCR – Fase 1 :

3. Outros – Especificar::

269. Exame Físico – Fase 1

1. Altura do paciente : m 2. Peso: kg

3. IMC – Índice de Massa Corpórea (peso/ altura²):

4. PA: 5. FC:

6. AR: 1. Normal 2. Roncos e sibilos 3. Diminuição do murmúrio vesicular

7. RXT: 1. Normal 2. DPOC 3. Outros

8. ACV:

9. Circunferência Abdominal: 10. Triglicérides:

11. Colesterol Total: 12. Colesterol HDL:

13. Colesterol LDL: 14. Glicemia:

15. Circunferência Quadril: :

ANEXO D – Normas para Publicação no Jornal Brasileiro de Pneumologia

**INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

ISSN 1806-3713 *versão impressa*
ISSN 1806-3756 *versão online*

- [Critérios de autoria](#)
- [Apresentação e submissão dos manuscritos](#)
- [Preparo do manuscrito](#)
- [Envio](#)

O **Jornal Brasileiro de Pneumologia (J Bras Pneumol) ISSN-1806-3713**, publicado bimestralmente, é órgão oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia destinado à publicação de trabalhos científicos referentes à Pneumologia e áreas correlatas.

Todos os manuscritos, após aprovação pelo Conselho Editorial serão avaliados por revisores qualificados, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento.

Os artigos que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados diretamente pelo Conselho Editorial, não cabendo recurso. Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês.

Critérios de autoria

A inclusão de um autor em um manuscrito encaminhado para publicação só é justificada se ele contribuiu significativamente, do ponto de vista intelectual, para a sua realização. Fica implícito que o autor participou em pelo menos uma das seguintes fases: 1) concepção e planejamento do trabalho, bem como da interpretação das evidências; 2) redação e/ou revisão das versões preliminares e definitiva, e 3) aprovou a versão final.

A simples coleta e catalogação de dados não constituem critérios para autoria. Igualmente, não devem ser considerados autores, auxiliares técnicos que fazem a rotina, médicos que encaminham pacientes ou interpretam exames de rotina e chefes de serviços ou departamentos, não diretamente envolvidos na pesquisa. A essas pessoas poderá ser feito agradecimento especial.

Os conceitos contidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos autores. Com exceção de trabalhos considerados de excepcional complexidade, a revista considera 6 o número máximo aceitável de autores. No caso de maior número de autores, enviar carta a Secretaria do Jornal descrevendo a participação de cada um no trabalho.

Apresentação e submissão dos manuscritos

Os manuscritos deverão ser obrigatoriamente encaminhados via eletrônica a partir da própria *home-page* do Jornal. As instruções e o processo de submissão estão disponíveis no endereço www.jornaldepneumologia.com.br/sgp. Ainda que os manuscritos sejam submetidos eletronicamente, deverão ser enviadas pelo correio Carta de Transferência de Copyright e Declaração de Conflitos de Interesses, assinadas por todos os autores, conforme modelo disponível no endereço www.jornaldepneumologia.com.br.

Pede-se aos autores que sigam rigorosamente as normas editoriais da revista, particularmente no tocante ao número máximo de palavras, tabelas e figuras permitidas, bem como às regras para confecção das referências bibliográficas. A não observância das instruções redatoriais implicará na devolução do manuscrito pela Secretaria da revista para que os autores façam as correções pertinentes antes de submetê-lo aos revisores. Instruções especiais se aplicam para a confecção de

Suplementos Especiais e Diretrizes e devem ser consultadas pelos autores antes da confecção desses documentos na *homepage* do jornal.

A revista reserva o direito de efetuar nos artigos aceitos adaptações de estilo, gramaticais e outras.

Com exceção das unidades de medidas, siglas e abreviaturas devem ser evitadas ao máximo, devendo ser utilizadas apenas para termos consagrados. Quanto a outras abreviaturas, sempre defini-las na primeira vez em que forem citadas, por exemplo: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Após a definição da abreviatura, o termo completo não deverá ser mais utilizado. Abreviaturas devem ser evitadas nos títulos e no resumo dos manuscritos. Ao longo do texto igualmente evitar a menção ao nome de autores, dando-se sempre preferência às citações numéricas apenas. Quando os autores mencionarem qualquer substância ou equipamento incomum, deverão incluir o modelo/número do catálogo, o nome da fabricante, a cidade e o país, por exemplo: ". . . esteira ergométrica (modelo ESD-01; FUNBEC, São Paulo, Brasil) . . ." No caso de produtos provenientes dos EUA e Canadá, o nome do estado ou província também deverá ser citado; por exemplo: ". . . tTG de fígado de porco da Guiné (T5398; Sigma, St. Louis, MO, EUA) . . ."

Preparo do manuscrito

A página de identificação deve conter o título do trabalho, em português e inglês, nome completo e titulação dos autores, instituições a que pertencem, endereço completo, inclusive telefone, fax e e-mail do autor principal, e nome do órgão financiador da pesquisa, se houver.

Resumo: Deve conter informações facilmente compreendidas, sem necessidade de recorrer-se ao texto, não excedendo 250 palavras. Deve ser feito na forma estruturada com: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Quando tratar-se de artigos de Revisão e Relatos de Casos o Resumo não deve ser estruturado. Para Comunicações Breves não deve exceder 100 palavras.

Abstract: Uma versão em língua inglesa, correspondente ao conteúdo do Resumo deve ser fornecida.

Descritores e Keywords: Deve ser fornecido de três a seis termos em português e inglês, que definam o assunto do trabalho. Devem ser, obrigatoriamente, baseados nos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), publicados pela Bireme e disponíveis no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>, enquanto os *keywords* em inglês devem ser baseados nos MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine*, disponíveis no endereço eletrônico <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

Texto:

Artigos originais: O texto deve ter entre 2000 e 3000 palavras, excluindo referências e tabelas.

Deve conter no máximo 5 tabelas e/ou figuras. O número de referências bibliográficas não deve exceder 30. A sua estrutura deve conter as seguintes partes: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Agradecimentos e Referências. A seção Métodos deverá conter menção a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Animais, ligados a Instituição onde o projeto foi desenvolvido. Nessa seção também deve haver descrição da análise estatística empregada, com as respectivas referências bibliográficas.

Revisões e Atualizações: Serão realizadas a convite do Conselho Editorial que, excepcionalmente, também poderá aceitar trabalhos que considerar de grande interesse. O texto não deve ultrapassar

5000 palavras, excluindo referências e tabelas. O número total de ilustrações e tabelas não deve ser superior a 8. O número de referências bibliográficas deve se limitar a 60.

Relatos de Casos: O texto não deve ultrapassar 1500 palavras, excluídas as referências e figuras. Deve ser composto por Introdução, Relato do Caso, Discussão e Referências. Recomenda-se não citar as iniciais do paciente e datas, sendo mostrados apenas os exames laboratoriais relevantes para o diagnóstico e discussão. O número total de ilustrações e/ou tabelas não deve ser superior a 3 e o limite de referências bibliográficas é 20. Quando o número de casos apresentados exceder 3, o manuscrito será classificado como uma **Série de Casos**, e serão aplicadas as mesmas regras de um artigo original.

Comunicações Breves: O texto não deve ultrapassar 1500 palavras, excluindo as referências e tabelas. O número total de tabelas e/ou figuras não deve exceder 2 e o de referências bibliográficas 20. O texto deverá ser confeccionado de forma corrida.

Cartas ao Editor: Devem ser redigidas de forma sucinta, não ultrapassando 800 palavras e não relacionando mais do que 6 referências bibliográficas. Serão consideradas para publicação contribuições originais, comentários e sugestões relacionadas a matéria anteriormente publicada, ou a algum tema médico relevante.

Tabelas e Figuras: Tabelas e gráficos devem ser apresentados em preto e branco, com legendas e respectivas numerações impressas ao pé de cada ilustração. As tabelas e figuras devem ser enviadas em arquivo digital, as primeiras preferencialmente em arquivos Microsoft Word e as demais em arquivos Microsoft Excel, Tiff ou JPG. Fotografias de exames, procedimentos cirúrgicos e biópsias onde foram utilizadas colorações e técnicas especiais serão consideradas para impressão colorida, sem custo adicional aos autores. As grandezas, unidades e símbolos devem obedecer às normas nacionais correspondentes (ABNT: <http://www.abnt.org.br>)

Legendas: Legendas deverão acompanhar as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a suas citações no texto.

Referências: Devem ser indicadas apenas as referências utilizadas no texto, numeradas com algarismos arábicos e na ordem em que foram citadas. A apresentação deve estar baseada no formato "Vancouver Style", atualizado em outubro de 2004, conforme os exemplos abaixo. Os títulos dos periódicos citados devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* disponibilizados no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/journals/loftext.noprov.html>.

Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima desse número, cite os seis primeiros autores seguidos da expressão et al.

Exemplos:

Artigos regulares

1. Neder JA, Nery LE, Castelo A, Andreoni S, Lerario MC, Sachs AC, et al. Prediction of metabolic and cardiopulmonary responses to maximum cyclo ergometry: a randomized study. *Eur Respir J.* 1999;14(6):304-13.

2. Capelozzi VL, Parras ER, Ab'Saber AM. Apresentação anatomopatológica das vasculites pulmonares. *J Bras Pneumol.* 2005;31 Supl 1:S9-15.

Resumos

3. Rubin AS, Hertzell JL, Souza FJFB, Moreira JS. Eficácia imediata do formoterol em DPOC com pobre reversibilidade [resumo]. *J Bras Pneumol*. 2006;32 Supl 5:S219.

Capítulos de livros

4. Queluz T, Andres G. Goodpastures' syndrome. In: Roitt IM, Delves PJ, editors. *Encyclopedia of immunology*. London: Academic Press; 1992. p. 621-3.

Publicações oficiais

5. World Health Organization. Guidelines for surveillance of drugs resistance in tuberculosis. 2nd ed. Geneva: WHO; 2003. p. 1-24.

Teses

6. Martinez TY. Impacto da dispnéia e parâmetros funcionais respiratórios em medidas de qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com fibrose pulmonar idiopática [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.

Artigos publicados na internet

7. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [serial on the Internet]. 2002 [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Homepages/Endereços eletrônicos

8. Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc., c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

Outras situações:

Na eventualidade do surgimento de situações não contempladas pelas Instruções aos Autores deverão ser seguidas as recomendações contidas em *International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. Updated February 2006*. Disponível em <http://www.icmje.org/>. Exemplos adicionais para situações especiais de citações bibliográficas podem ser obtidos em www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Envio

Toda correspondência para a revista deve ser encaminhada para: Prof. Dr. José Antônio Baddini Martinez Editor-Chefe do **Jornal Brasileiro de Pneumologia**

SEPS 714/914, Bloco E, Asa Sul, salas 220/223 CEP 70390-145 Brasília – DF, Brasil
Telefones/Fax: 0XX61-3245-1030, 0XX61-3245-6218

Email do **Jornal Brasileiro de Pneumologia**: jpneumo@jornaldepneumologia.com.br (Secretária Luana Campos)

Envio eletrônico de artigos para o **Jornal Brasileiro de Pneumologia** através do endereço: www.jornaldepneumologia.com.br