



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Cessaçãõ tabágica e saúde mental

Dulcelena Santos Neves

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Mestre Sofia Belo Ravara

Covilhã, maio de 2015

Dedicatória

Aos meus pais, e à minha irmã.

“Nós somos o que fazemos. O que não se faz não existe.
Portanto, só existimos nos dias em que fazemos.
Nos dias em que não fazemos apenas duramos.”
Padre António Vieira

Agradecimentos

À Mestre Sofia Belo Ravara, pela disponibilidade, orientação, entusiasmo e dedicação na realização da presente dissertação, sem a qual a sua concretização não teria sido possível.

Aos meus pais, os meus pilares, por toda uma vida de dedicação, ensinamentos, e amor incondicional. Obrigada por representarem o âmago ao longo de toda a minha trajetória.

À minha irmã gémea, não tenho palavras para agradecer a maneira idílica com que sempre me acompanhou e pela amizade mais genuína que alguém poderia desejar.

Ao professor Lúcio, a quem incansavelmente nunca deixarei de agradecer pelo excelente décimo ano, e por ter marcado de forma singular e indelével a minha trajetória no Liceu.

À Carlucha, por uma vida de amizade, apesar das barreiras impostas pela distância.

À Lúcia Moreira Gil, pela amizade e companheirismo e pelo apoio na introdução dos dados.

À “AnaLu”, por ter tornado os seis últimos anos em momentos dignos de serem recordados. Por ter estado sempre ao meu lado, nos bons e maus momentos, e pela verdadeira amizade.

À Dra. Marisa Santos Silva do Serviço Gestão de Qualidade do Centro Hospitalar Cova da Beira.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Resumo

Título: Cessação tabágica e saúde mental

Introdução: O tabagismo é a segunda principal causa modificável de morbilidade e mortalidade, o que torna a cessação tabágica uma poderosa arma no campo de atuação da medicina preventiva. As alterações de saúde mental podem duplicar a probabilidade de desenvolver hábitos tabágicos. Doenças crónicas causadas pelo tabagismo, como a hipertensão arterial e DPOC, são mais comuns entre os fumadores com patologia psiquiátrica comparativamente com aqueles sem doença psiquiátrica. Desta forma torna-se crucial analisar e caracterizar o programa de cessação tabágica, com maior ênfase para esta população em particular, com o intuito de alertar os profissionais de saúde para este grupo mais vulnerável e desenvolver/adaptar os programas de tratamento e as políticas de controlo do tabagismo, dirigidos aos doentes com patologia psiquiátrica em Portugal.

Objetivos: Caracterizar alterações da saúde mental numa população de utentes que recorreu à consulta de cessação tabágica do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) durante os anos de 2010-2014. Avaliar e comparar a dependência nicotínica e a motivação para deixar de fumar entre fumadores com alterações da saúde mental e aqueles sem distúrbios psiquiátricos. Relatar casos clínicos de cessação tabágica de utentes com alteração da saúde mental.

Material e métodos: Estudo observacional descritivo transversal. Análise dos protocolos clínicos da consulta de cessação tabágica do CHCB respeitantes aos anos 2010-2014. Os questionários clínicos correspondem a um protocolo standard desenvolvido pelo Grupo de Trabalho de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia com aplicação sistemática na primeira consulta. Foi realizada uma análise descritiva quantitativa analítica uni e bivariável usando o teste de Chi Quadrado e correlação de Spearman. O nível de significância estatística foi de 5% ($p < 0,05$). Realizou-se a regressão logística binária para a análise multivariável.

Resultados: Do estudo fizeram parte 503 fumadores, sendo a maioria (66,2%) do género masculino. Do total dos participantes, a média de idades observada foi de 47,26($\pm 12,5$) anos. 49,6% tinham no máximo o nono ano de escolaridade. Entre as comorbilidades, as alterações de saúde mental (depressão e/ou ansiedade) foram as mais frequentemente descritas (41,8%), seguindo-se as doenças de foro respiratório (36,6%) e as cardiovasculares (32,8%). A dependência de outras substâncias com poder aditivo foi descrita por 26,2% dos fumadores. Entre os indivíduos que reportaram alguma alteração da saúde mental, 51,3% são do género feminino e 48,7% do género masculino. Não foi observada uma correlação entre história

prévia/atual positiva de perturbações mentais e o nível de dependência nicotínica ($p=0,409$). Para o consumo de outras substâncias aditivas foi observada uma correlação estatisticamente significativa com o nível de dependência nicotínica ($p<0,001$), tendo-se verificado um nível máximo de dependência em 37,3% destes. Para a dependência etílica em particular, esta relação revela-se bastante marcada, sendo que apenas 5,1% demonstrou uma dependência baixa. Relativamente à avaliação da motivação para deixar de fumar, na população que descreve alguma alteração psiquiatria, os resultados mostraram-se inconsistentes entre os testes utilizados para este fim.

Conclusão: Este trabalho demonstra que o tabagismo e as alterações de SM frequentemente coexistem. A presença de alterações psiquiátricas não influenciou o grau de dependência nicotínica. Quanto à motivação para a CT nos doentes com patologia psiquiátrica associada ou prévia, os resultados tendem para um menor grau de motivação neste grupo de doentes. Foram relatados três casos clínicos de cessação tabágica de doentes com esquizofrenia, depressão major e bulimia nervosa. Estes constituem três exemplos de sucesso de uma abordagem para a cessação tabágica envolvendo o seguimento clínico, terapêutica farmacológica, aconselhamento comportamental e reforço da motivação e da confiança, sem olvidar a importância de um apoio sociofamiliar. Nestes doentes, os ganhos observados foram vastos, envolvendo vantagens a nível respiratório, psiquiátrico, com grande repercussão na autoestima e na auto-eficácia. A HADS corroborou a normalização dos sintomas de ansiedade e de depressão. Torna-se fulcral uma intervenção neste grupo, que se revela mais vulnerável, envolvendo atuações mais abrangentes a nível social, cultural, comunitário e individual. O clínico, de qualquer especialidade médica, encontra-se numa posição privilegiada para facultar estas providências na grande luta desleal que representa o tabagismo e as suas consequências para a saúde.

Palavras-chave

Cessação tabágica, saúde mental, motivação, dependência nicotínica.

Abstract

Title: Smoking cessation and mental health.

Introduction: Smoking is the second leading modifiable cause of morbidity and mortality, which makes smoking cessation a powerful weapon in the preventive medicine playing field. Mental health changes can double the likelihood of developing smoking habits. Chronic diseases caused by smoking, such as hypertension and COPD, are more common among smokers with psychiatric disorders compared to those with no psychiatric illness. Thus it is crucial to analyze and characterize the smoking cessation program, with a greater emphasis on this particular population, in order to alert health professionals for this most vulnerable group and to develop/adapt treatment programs and tobacco control policies, addressed to patients with psychiatric illness in Portugal.

Objectives: To characterize changes in mental health in a population who attend smoking cessation care at CHCB Hospital during the years 2010-2014. To evaluate and compare the nicotine dependence and motivation to quit smoking among smokers with mental health disorders and those without psychiatric disorders. To report clinical cases of smoking cessation in smokers with impaired mental health.

Methods: Cross-sectional descriptive study. Analysis of clinical protocols of CHCB Hospital smoking cessation program for the years 2010-2014. Clinical questionnaires correspond to a standard protocol developed by the Tobacco Working Group of the Portuguese Society of Pulmonology. These are systematically applied at first clinical visits. We conducted univariate and bivariate quantitative descriptive analysis using Chi Square and Spearman tests. For multivariate analysis binary logistic regression was performed.

Results: Participants: 503 smokers; mostly men (66.2%). Of the total participants, the mean age was 47.26 (\pm 12.5) years. 49.6% had completed up to ninth grade. Among the comorbidities, mental health disorders (depression and/or anxiety) were the most frequently reported (41.8%), followed by the respiratory forum diseases (36.6%) and cardiovascular (32.8%). The dependence of other addictive substances was described by 26.2% of smokers. Among individuals who reported a mental health problem, 51.3% are female and 48.7% are men. There was no correlation between a previous/current history of mental disturbances and the level of nicotine dependence ($p=0.409$). For the use of other addictive substances was observed a statistically significant correlation with the level of nicotine dependence ($p<0.001$), with a maximum level of dependence observed on 37.3% of them. For ethanol dependence in particular, this ratio appears to be quite marked, with only 5.1% showing a low dependency. To the assessment of motivation to quit smoking in the population describing any psychiatry change, the results were inconsistent between tests used for this purpose.

Conclusion: This study demonstrates that smoking and mental health disorders often coexist. The presence of psychiatric disorders did not influence the degree of nicotine dependence. Regarding the motivation for CT in patients with a history of psychiatric disorder, the results tend to a lesser degree of motivation in this patient group. Three cases of smoking cessation patients have been reported: schizophrenia, major depression and bulimia nervosa. These are three examples of a successful approach to smoking cessation involving clinical follow-up, pharmacologic therapy, behavioral counseling and reinforcement of motivation and confidence, without forgetting the importance of a social-family support. In these patients, the observed gains were broad, involving benefits in mental and respiratory levels, with great impact on self-esteem and self-efficacy. The HADS corroborated normalization of symptoms of anxiety and depression. It becomes crucial to develop an intervention in this group, which is more vulnerable, involving more comprehensive performances in a social, cultural, community and individual levels. The clinician, of any medical specialty, is in a privileged position to provide these measures in this great and unfair fight against smoking and its health consequences.

Keywords

Smoking cessation, mental health, motivation, nicotine dependence.

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	viii
Abstract	ix
Lista de Figuras	xiii
Lista de Tabelas.....	xv
Lista de Acrónimos	xvii
1. Introdução	1
1.1. Objetivos.....	3
1.1.1. Objetivo geral.....	3
1.1.2. Objetivos específicos	3
2. Revisão da Literatura	5
3. Metodologia de investigação	7
3.1. Desenho do estudo	7
3.2. Local e população de estudo	7
3.3. População em estudo	7
3.4. Método de recolha de dados.....	8
3.5. Análise de dados e métodos estatísticos	8
4. Resultados	13
4.1. Caracterização sociodemográfica	13
4.2. Estado de saúde.....	14
4.3. Comportamento tabágico	14
4.4. Dependência nicotínica e motivação para deixar de fumar.....	15
4.5. Fatores associados à dependência nicotínica.....	17
4.5.1. Género	17
4.5.2. Idade.....	17
4.5.3. Educação.....	18
4.5.4. <i>Status</i> social.....	18
4.5.5. Duração do comportamento tabágico	19
4.5.6. Comorbilidades	19
4.6. Fatores associados à motivação para deixar de fumar.....	20
4.6.1. Género	20

4.6.2. Idade	20
4.6.3. Educação.....	20
4.6.4. Status social.....	21
4.6.5. Duração do comportamento tabágico	21
4.6.6. Comorbilidades	21
5. Relato de casos clínicos de cessação tabágica	23
5.1. Depressão major	23
5.2. Esquizofrenia	24
5.3. Bulimia Nervosa.....	25
6. Comparação dos níveis de ansiedade e de depressão antes e após a cessação tabágica	27
7. Discussão.....	29
7.1. Limitações do estudo.....	30
7.2. Conclusões e implicações	31
Referências Bibliográficas.....	33
Anexos	35

Lista de Figuras

Figura 1.1 - Matriz para a determinação do status social dos fumadores	10
--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica	13
Tabela 2 - Comorbilidades (N=468)	14
Tabela 3 - Tipo de tabaco	15
Tabela 4 - Dependência nicotínica avaliada pelo Teste de Fagerström_grupo.	16
Tabela 5 - Dependência nicotínica avaliada pelo Teste HSI_grupo em função do gênero.	16
Tabela 6 - Dependência nicotínica avaliada pelo Teste de Fagerström_grupo em função do gênero	17
Tabela 7 - Dependência nicotínica por grupo etário avaliada pelo Teste de Fagerström_grupo ...	17
Tabela 8 - Dependência nicotínica por nível de escolaridade avaliada pelo Teste de Fagerström_grupo	18
Tabela 9 - Dependência nicotínica por status social avaliada pelo Teste de Fagerström_grupo ...	18
Tabela 10 - Dependência nicotínica avaliada pelo Teste de Fagerström01 em função da duração do comportamento tabágico	19
Tabela 11 - Dependência nicotínica avaliada pelo Teste de Fagerström_grupo para o consumo de outras substâncias aditivas.....	20
Tabela 12 - Motivação para deixar de fumar por gênero avaliada pela VASM_grupo	20
Tabela 13 - Motivação para deixar de fumar por nível de escolaridade avaliada pela VASM_grupo	21
Tabela 14 - Motivação para deixar de fumar em função da saúde mental avaliada pela VASM_grupo	22

Lista de Acrónimos

CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CT	Cessação tabágica
DM	Distúrbio mental
E-cg	Cigarro eletrónico
FG	Fagerström
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HSI	High Smoking Index
OMS	Organização Mundial da Saúde
PP	Patologia psiquiátrica
SM	Saúde mental
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UMA	Unidades Maço Ano
VASM	Escala Visual Analógica de Motivação

1. Introdução

A epidemia do tabaco constitui um dos maiores problemas atuais de saúde pública, sendo responsável por mais mortes do que qualquer outra doença, impedindo que milhões de pessoas vivam mais e com melhor saúde[1]. Anualmente, cinco milhões de pessoas perdem a vida devido a doenças relacionadas com o tabaco. Cerca de metade destas mortes ocorrem entre os 35 e os 69 anos, portanto, abaixo da esperança média de vida [1].

Dados avançados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que se as atuais tendências se mantiverem, em 2025 este número ascenderá a dez milhões, com uma morte a cada três segundos [1].

Em Portugal, estima-se que o consumo do tabaco seja responsável por uma em cada dez mortes verificadas na população adulta e por cerca de uma em cada quatro mortes verificadas na população dos 45 aos 59 anos (OMS, 2012) [2]. Mais de 90% dos fumadores portugueses iniciaram o consumo antes dos 25 anos. Dados recentemente revelados apontam para um aumento do consumo de tabaco entre os jovens escolarizados [2]. De acordo com uma estimativa dos custos com o tratamento das principais doenças atribuíveis ao tabaco (neoplásicas, cardiovasculares e respiratórias), no ano de 2007, no sistema de saúde público português, concluiu-se que o tabaco foi responsável pelo gasto de 126 milhões de euros em internamentos hospitalares no SNS e por mais de 363 milhões de euros no ambulatório [2]. Cerca de metade dos fumadores portugueses nunca fez qualquer tentativa para deixar de fumar. O objetivo de “erradicação” do tabagismo está deste modo, longe de ser alcançado. [2].

O acesso a um programa efetivo de cessação tabágica (CT) é crucial na redução da morbidade e mortalidade relacionadas com o tabagismo [3]. A CT tem mais probabilidade de sucesso se envolver a intervenção de profissionais de saúde. O acompanhamento médico, designadamente na vertente de intervenção comportamental e de terapêutica de substituição nicotínica, aliadas à indispensável motivação do fumador, mostrou melhorar as taxas de abstenção tabágica. Cerca de 70 a 80% dos fumadores ativos querem deixar de fumar e consideram que o aconselhamento médico seria importante. A presença de sensibilidade médica para o tema, preparação científica, capacidade de motivação e orientação terapêutica rigorosa e adequada são mais valias para qualquer fumador [4].

Apesar de se verificar um declínio das taxas de tabagismo na população geral nos países desenvolvidos, ao direcionar a atenção para os pacientes com patologias psiquiátricas (PP) verifica-se que estes apresentam quase o dobro da probabilidade de serem fumadores [5], consomem mais cigarros por dia [6] e demonstram ter uma maior dependência nicotínica [7,11,16].

Dados da literatura atribuem a maior prevalência de tabagismo aos doentes com esquizofrenia aos quais correspondem taxas que rondam os 64%, seguindo-se os que sofrem de doença bipolar com 44% [5]. O tabagismo representa um dos mais importantes fatores evitáveis contribuindo para a alta taxa de morbidade e mortalidade nesse grupo de doentes [5].

A relação entre o tabagismo e as condições de saúde mental (SM) está bem estabelecida pela literatura. Pesquisadores apontam para uma real interação entre o tabagismo e as patologias de foro psiquiátrico, defendendo que esse conjunto de distúrbios não apenas representa um fator de risco para o consumo do tabaco como também, por outro lado, os fumadores acarretam uma maior probabilidade de virem a preencher critérios para diversas patologias desta índole como distúrbios do humor, da ansiedade, e psicóticos, comparativamente com não fumadores [10,17].

Doentes com PP associada ou prévia têm maiores dificuldades para deixar de fumar, mas a intervenção é efetiva em ambos os grupos, podendo necessitar de intervenções mais intensivas e/ou mais prolongadas [8,14,7]. Uma abordagem que envolva a combinação de aconselhamento comportamental e terapia farmacológica mostra-se efetiva, apesar das taxas de abstinência ligeiramente menores em comparação com fumadores ilibados destes distúrbios [9].

A intervenção neste grupo, que se revela mais vulnerável, deve atuar de forma mais holística a nível social, abarcando fatores culturais, comunitários, e visando uma adaptação individual para a cessação [10].

No que se refere à motivação para deixar de fumar, e apesar das maiores dificuldades durante o processo de CT, muitos doentes psiquiátricos estão tão motivados para deixar de fumar quanto a população geral [11,20].

Neste sentido, os clínicos não devem hesitar em encorajar a CT nestes doentes, o que terá um impacto positivo não apenas na condição física destes como também na sua SM [9].

Excelentes oportunidades para a promoção da CT têm sido desperdiçadas [12]. Torna-se fundamental aprimorar as capacidades dos profissionais de saúde em geral, com destaque para o setor psiquiátrico, no campo de atuação da dependência tabágica [12], nos mais variados contextos clínicos.

1.1. Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

O objetivo primário deste trabalho de investigação envolveu a descrição das alterações de SM numa população de utentes de um programa de CT do CHCB através de um estudo transversal.

Procede-se ainda a descrição de 3 casos clínicos.

1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população de fumadores que recorre à consulta de CT do CHCB; analisar alterações de SM, as variáveis sociodemográficas, o comportamento tabágico e a adesão ao programa de CT.
- Avaliar e comparar a dependência nicotínica e a motivação para deixar de fumar entre fumadores com alterações da SM e aqueles sem distúrbios psiquiátricos.
- Relatar casos clínicos de CT de utentes com alteração da SM. Comparar os níveis de ansiedade e de depressão antes e após a CT.

A concepção e desenho do estudo foram da responsabilidade da orientadora, que também foi a responsável pela recolha da informação, tendo coordenado o processamento dos dados, a análise e interpretação dos resultados. A mestranda participou no desenho do estudo e no processamento dos dados, realizou a análise estatística e a interpretou os resultados.

2. Revisão da Literatura

Perspetivando a curto prazo, a CT revela-se a medida preventiva mais eficaz, na redução da morbilidade e mortalidade associadas ao consumo do tabaco. De igual modo, é a medida mais custo-efetiva das intervenções de doença crónica [18].

A melhor estratégia terapêutica envolve uma abordagem pró-ativa e sistemática por todos os profissionais de saúde [19].

O tabagismo está associado a uma ampla gama de efeitos negativos para a saúde que vão desde distúrbios neoplásicos, cardiovasculares, respiratórios, odontológicos, gastrointestinais, reprodutivos, etc. Comparativamente com os não fumadores, o hábito tabágico está também associado a diversas condições de SM como perturbações do humor, da ansiedade e distúrbios psicóticos [9].

Os mecanismos que conectam as condições de SM ao tabagismo são complexos e provavelmente diferem entre as várias PP. A visão mais comum é a de que o grupo em questão recorre ao tabagismo numa tentativa de regular os sintomas associados as suas condições psiquiátricas. Contudo, evidências recentes sugerem que o abandono do tabaco na realidade irá melhorar os sintomas psiquiátricos [9], tendo sido avançado que, nomeadamente nos casos da depressão e da ansiedade, o benefício percebido do ato de fumar pode meramente refletir a similaridade entre os sintomas de privação nicotínica com os sintomas da ansiedade ou depressão [17].

O tabagismo pode ter impacto no curso terapêutico das PP através dos seus amplos efeitos no metabolismo dos psicotrópicos representando desta forma um fator contribuinte para as variações individuais observadas nas respostas aos fármacos [9]. Alguns antidepressivos também são mais rapidamente metabolizados nos fumadores do que resultam níveis circulantes mais baixos [11].

Foi observada uma causalidade bidirecional entre a depressão e os hábitos tabágicos tendo sido revelado num estudo recente que os adultos jovens com história de depressão têm uma probabilidade três vezes maior de iniciar comportamentos tabágicos comparativamente com aqueles sem história de depressão. Por sua vez, o tabagismo crónico pode aumentar o risco de depressão como resultado de alterações neurofisiológicas [11].

A esquizofrenia é um distúrbio mental (DM) crónico e severo que afeta aproximadamente 1% da população geral. Uma meta-análise de 42 estudos epidemiológicos em 20 países diferentes mostrou que esta patologia representa um risco cinco vezes maior de hábitos tabágicos comparativamente com a população geral. As taxas de abandono do tabagismo são também muito mais reduzidas neste grupo [9].

Com base num estudo epidemiológico em larga escala direcionado para a compulsão alimentar, foi descrito um aumento da probabilidade de comportamento tabágico entre indivíduos com compulsão alimentar em comparação com os controles [29].

3. Metodologia de Investigação

3.1. Desenho do estudo

O presente estudo, de metodologia quantitativa, trata-se de um estudo observacional transversal descritivo uma vez que não existiu qualquer intervenção experimental por parte do investigador, recorrendo-se à observação e medição das unidades de investigação num único momento temporal [22].

O protocolo de investigação foi proposto à Comissão de Ética do CHCB bem como ao Presidente do Conselho de Administração e ao Responsável da Unidade de Medicina Preventiva do CHCB tendo sido aprovado, permitindo o desenvolvimento do estudo (Anexo1). A indagação e recolha dos dados decorreu entre os meses de agosto e dezembro de 2014.

3.2. Local e população de estudo

A Covilhã é uma cidade universitária do interior de Portugal, com cerca de 36 mil habitantes. O Concelho da Covilhã faz parte da Região Centro de Portugal, Sub - Região Cova da Beira, distrito de Castelo Branco. Localizado no centro da região, permite-lhe uma posição de destaque no eixo de desenvolvimento marcado pelos três pólos mais importantes da região: Guarda - Covilhã - Castelo Branco. Apresenta um elevado e crescente índice de envelhecimento. [23].

A cidade dispõe de dois estabelecimentos de saúde do SNS que prestam consultas de apoio à CT: o Hospital Pero da Covilhã, hospital universitário integrado no CHCB, provido de 309 camas e que conta com 23 especialidades médicas; e o Centro de Saúde da Covilhã.

A consulta de CT do CHCB encontra-se integrada na Unidade de Medicina Preventiva. Com o início em outubro de 2007, segue sob a responsabilidade da Dra. Sofia Belo Ravara, apresentando um horário flexível e pós-laboral.

3.3. População em estudo

A população-alvo do estudo é constituída pelos fumadores inscritos no programa de CT do CHCB, sendo a amostra considerada de conveniência e correspondente a todos os doentes que utilizaram o serviço e que têm o protocolo clínico devidamente preenchido, entre os anos de 2010-2014. Excluíram-se os fumadores que não tinham o respetivo protocolo clínico devidamente preenchido.

A amostra final foi de 503 fumadores, dos quais 66,2% são do género masculino, com uma idade média de 47,26 ±12,5 anos.

3.4. Método de recolha de dados

Foi realizada a análise dos protocolos clínicos da consulta de CT do CHCB respeitantes aos anos 2010-2014. O protocolo clínico corresponde a um questionário estruturado desenvolvido pelo Grupo de Trabalho de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia e é aplicado sistematicamente nas consultas (Anexo2). Trata-se de questionários autopreenchidos e completados por entrevista direta durante as primeiras consultas com o médico da referida consulta.

Foram avaliadas as variáveis sociodemográficas: género, idade, nível de escolaridade, ocupação profissional, status social, presença de comorbilidades e consumo pregresso ou atual de outras substâncias aditivas.

Na caracterização do comportamento tabágico recorreu-se as seguintes variáveis: idade de consumo do primeiro cigarro, idade de consumo regular, consumo diário de cigarros, carga tabágica, duração do comportamento tabágico, tipo de tabaco consumido, tentativas prévias de CT, dependência nicotínica e motivação para deixar de fumar.

A dependência nicotínica foi avaliada usando como recurso o Teste de Fagerström e High Smoking Index (Teste de HSI). Para a motivação para deixar de fumar utilizou-se o Teste de Richmond e Escala Visual Analógica de Motivação (VASM).

3.5. Análise de dados e métodos estatísticos

Os dados foram diretamente inseridos no programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 22,0®, através do qual se realizou a análise. Foi realizada uma análise descritiva quantitativa analítica uni e bivariável usando o teste de Chi Quadrado e correlação de Spearman. O nível de significância estatística foi de 5% ($p < 0,05$). Realizou-se a regressão logística binária para a análise multivariável.

A análise multivariável foi realizada através da regressão logística binária para estudar os fatores associados às variáveis dependentes relevantes do estudo: dependência nicotínica e motivação para deixar de fumar. As variáveis dependentes foram dicotomizadas da seguinte forma: dependência nicotínica - Teste de Fagerström01; motivação para deixar de fumar - Teste de Richmond01. As variáveis independentes foram aquelas que estiveram significativamente associadas às variáveis dependentes na análise bivariável tendo sido dicotomizadas em: género feminino/género masculino, idade ≤ 50 anos/idade > 50 anos, escolaridade ≤ 4 anos/escolaridade > 4 anos, status 1, 2 e 3/status 4 e 5, duração do comportamento tabágico ≤ 25 anos/duração do comportamento tabágico > 25 anos, fumadores sem história de consumo de outras substâncias aditivas/fumadores com história de consumo de outras substâncias aditivas, fumadores sem história de alterações de SM/fumadores com história de alterações de SM.

Foi realizada a eliminação retrógrada de variáveis independentes ao nível de significância de 5%. Os resultados são apresentados em odds ratio (OR) e intervalos de confiança de 95% [IC 95%]

A idade foi agrupada em 6 grupos etários de "14-24", "25-34", "35-44", "45-54", "55-64", "65-74" e "75 ou mais anos". Quanto à variável nível de escolaridade foi agrupada em 5 categorias: "0", "1-4", "5-9", "10-12" e "mais de 12" anos. Para o estado civil a codificação utilizada foi: 1.casado, 2.união de facto, 3.divorciado, 4.viúvo, 5.solteiro.

O status social foi determinado com base no nível de escolaridade e na ocupação do participante (Ilustração1). Assim, as ocupações possíveis classificam-se de acordo com a seguinte lista:

- 1 - Patrão/proprietário (empresa/loja/exploração com 6 ou mais trabalhadores) - agricultura, comércio, indústria, serviços;
- 2 - Quadros superiores (responsável por 6 ou mais trabalhadores) - administrador, presidente, diretor, gerente;
- 3 - Quadros superiores (responsável por 5 ou menos trabalhadores) - administrador, presidente, diretor, gerente;
- 4 - Profissões liberais e similares: médicos, advogados, arquitetos, engenheiros, contabilistas, economistas, artistas, fotógrafos, decoradores, etc;
- 5 - Quadros médios (responsável por 6 ou mais trabalhadores) - chefe de secção, chefe de serviços;
- 6 - Patrão/proprietário (empresa/loja/exploração com 5 ou menos trabalhadores) - agricultura, comércio, indústria, serviços;
- 7 - Profissões técnicas, científicas e artísticas por conta de outrem: perfil semelhante ao código 4, mas trabalhando por conta de outrem;
- 8 - Quadros médios (responsável por 5 ou menos trabalhadores) - chefe de secção, chefe de serviços;
- 9 - Empregados de escritório;
- 10 - Reformados;
- 11 - Empregados trabalhando sem ser em escritórios, isto é, serviços/trabalhadores especializados: lojistas, vendedores, polícias, etc;
- 12 - Trabalhadores manuais e similares por conta própria: canalizadores, carpinteiros, sapateiros, pintores, etc;
- 13 - Desempregados;

14 - Trabalhadores manuais: operários, trabalhadores

agrícolas, etc;

15 - Domésticas;

16 - Estudantes.

Baseando nos códigos de ocupação e o nível de escolaridade do fumador recorreu-se à seguinte matriz:

		OCUPAÇÃO											
		1	2	3	4	5+6	7+8	9	10+ 15+ 16	11	12	13	14
INSTRUÇÃO	Analfabeto	C		D					E				
	Instrução Primária Incompleta	C		D					E				
	Instrução Primária Completa	C		D					E				
	6º Ano (2º Antigo)	C		D					E				
	9º Ano (5º Antigo)	C		D					E				
	11º/12º Ano (7º Antigo)	C		D					E				
	Curso Médio / Politécnico	A		B					E				
	Universitário	A		B					E				

Ilustração 1 - Matriz para determinação do *status* social dos fumadores

Foram consideradas cinco categorias para o *status* social: o *status* social 1 (A) corresponde ao mais elevado e o 5 (E) ao mais baixo.

Em relação à avaliação do rendimento mensal, existem 2 variáveis sendo que uma é a variável "valor real" e outra, a variável "salário". Esta última foi agrupada em classes de rendimento mensal: "Menos de 500€", "500€-749€", "750€-999€", "1000€-1249€", "1250€-1499€", "1500€-1749€", "1750€-1999€", "2000€-2249€", "2250€-2499€" e "2500€ ou mais".

A carga tabágica foi quantificada em unidades/maço/ano (UMA).

A duração do comportamento tabágico foi recodificada em classes: "0-10 anos", "11-20 anos", "21-30 anos", "31-40 anos" e ">40 anos".

Para a análise da dependência nicotínica procedeu-se a soma da pontuação das 6 perguntas da escala de FG, obtendo-se valores entre 0 a 10 pontos (≤ 3 pontos = dependência baixa; 4-7 pontos = dependência moderada; ≥ 8 pontos = dependência elevada) e teste de HSI, com

valores entre 0 e 6 (≤ 2 pontos = dependência baixa; 3-4 pontos = dependência moderada; > 4 pontos = dependência elevada).

No teste de Fagerström os resultados foram reagrupados de forma a obter 3 níveis distintos de dependência:

- Teste de *Fagerström*_grupo: três níveis de dependência (< 4 pontos = dependência baixa; 4-7 pontos = dependência moderada; > 7 pontos = dependência elevada).

O Teste de HSI, Teste de Fagerström abreviado, foi obtido pelo somatório do primeiro e quarto itens. Para a análise do mesmo os resultados foram agrupados:

- HSI_grupo: três níveis de dependência (≤ 2 pontos = dependência baixa; 3-4 pontos = dependência moderada; > 4 pontos = dependência elevada).

Apenas períodos de abstinência tabágica maiores ou iguais a 24 horas foram considerados tentativas prévias de CT (21).

A motivação para deixar de fumar foi avaliada pelo Teste de Richmond (valores entre 0 e 10 pontos) e pela VASM (valores entre 0 e 10 pontos).

Para a análise do Teste de Richmond os resultados foram agrupados:

- Teste de *Richmond*₁₂₃: três níveis de motivação (0-6 pontos = motivação baixa; 7-9 pontos = motivação moderada; 10 pontos = motivação elevada).

A VASM é constituída por uma sequência crescente de 11 números (0 a 10) em que o 0 corresponde a "sem nenhuma vontade" e o 10 corresponde a "francamente decidido a parar". Para a sua análise os resultados foram agrupados 3 níveis de motivação:

- VASM₁₂₃: três níveis de motivação (0-4 pontos = motivação baixa; 5-7 pontos = motivação moderada; 8-10 pontos = motivação elevada).

Para a avaliação dos índices de depressão e ansiedade utilizou-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Trata-se de uma escala de autopreenchimento que leva cerca de 6 minutos a ser concluída. É constituída por 14 itens que se dividem em duas subescalas que avaliam respetivamente os níveis da ansiedade e da depressão. Consideraram-se valores entre 0-7 "normal", 8-10 "leve", 11-14 "moderado" e entre 15-21 "severo", para qualquer uma das dimensões avaliadas (ansiedade ou depressão).

4. Resultados

4.1. Caracterização sociodemográfica

Do estudo fizeram parte 503 fumadores, sendo a maioria (66,2% ou n=333) do género masculino. Do total dos participantes, a média de idades é de 47,26(±12,5) anos, sendo que o mais jovem inscrito tinha 14 anos e a maior idade observada foi de 78 anos. Relativamente à educação, 49,6% (n=237) tinham no máximo o nono ano de escolaridade. Pertenciam ao status social 4 e 5 a grande maioria dos envolvidos (54,6% ou n=253).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica

		N	(n/503)%	(n/N)%
Género N=503	Feminino	170	33,8	
	Masculino	333	66,2	
Educação (anos) N=478	0	8	1,6	1,7
	1-4	126	25,0	26,3
	5-9	103	20,5	21,5
	10-12	138	27,4	28,9
	Mais de 12	103	20,5	21,5
Status social N=463	1	38	7,5	8,2
	2	81	16,0	17,5
	3	91	18,0	19,7
	4	159	31,5	34,3
	5	94	18,6	20,3
Salário N=398	Menos de 500€	124	24,6	31,2
	500€-749€	131	25,9	32,9
	750€-999€	39	7,7	9,8
	1000€-1249€	47	9,3	11,8
	1250€-1499€	11	2,2	2,8
	1500€-1749€	17	3,4	4,3
	1750€-1999€	6	1,2	1,5
	2000€-2249€	12	2,4	3,0
	2250€-2499€	3	0,6	0,8
	2500€ ou mais	8	1,6	2,0
Grupo etário (anos) N=500	14-24	15	3,0	3,0
	25-34	64	12,7	12,8
	35-44	135	26,7	27,0
	45-54	124	24,6	24,8
	55-64	119	23,6	23,8
	65-74	40	7,9	8,0
	75 anos ou mais	3	0,6	8,0
Idade (anos) N=500	Média	47,26		
	Mediana	47		
	Desv. -pad.	12,53		
	Mín. -máx.	14-78		

4.2. Estado de saúde

Dos fumadores, apenas 9,8% (46/468) não reportou qualquer comorbilidade. As alterações de SM (depressão e/ou ansiedade) foram as mais frequentemente descritas (41,8% ou 195/467), seguindo-se as doenças de foro respiratório (36,6% ou 170/465) e as cardiovasculares (32,8% ou 153/467).

26,2% (122/466) dos fumadores revelaram dependências de outras substâncias com poder aditivo.

Tabela 2 - Comorbilidades

Comorbilidades	N	(n/N)%
Acidente vascular cerebral	33	7,1
Doença cardiovascular	153	32,8
Enfarte agudo do miocárdio	53	11,3
Doença respiratória crónica	170	36,6
Alteração de saúde mental	195	41,8
Depressão	155	33,3
Ansiedade	47	10,1
Dependências	122	26,2
Álcool	102	22,0
Drogas duras	16	3,5
Haxixe	22	4,8
Diabetes mellitus	48	10,3
Doença oncológica	24	5,2
Úlcera gastroduodenal	67	14,4
Doença arterial periférica	45	9,7
Dislipidémias	119	26,0

4.3. Comportamento tabágico

Nos homens, foi observado que a média de idades para o início de consumo de tabaco é inferior a das mulheres, respetivamente, $14,2 \pm 3,6$ anos e $15,8 \pm 4,3$. Relativamente à idade de consumo regular, pela mesma ordem, registaram-se os valores $16,8 \pm 3,8$ e $18,1 \pm 4,5$, revelando uma relação estatisticamente significativa com o género ($p < 0,001$).

Para o consumo diário de cigarros, a média observada foi de $24,5 \pm 9,7$ para os homens e, no género feminino $19,7 \pm 8,9$, verificando-se uma relação estatisticamente significativa com o género ($p < 0,001$).

Os indivíduos envolvidos apresentaram, em média, uma carga tabágica de $33,9 \pm 21,2$ unidades maço ano (UMA), tendo-se verificado um mínimo de 1 e um valor máximo de 143.

47,6% (220/462) dos participantes relataram fumar há pelo menos 31 ou mais anos.

78,3% (386/493) dos fumadores referem ter realizado previamente pelo menos uma tentativa de CT.

No que diz respeito ao tipo de tabaco, a grande maioria, 86,3% (408/473), consome cigarros. O segundo tipo mais usado é o tabaco de enrolar cujo uso foi observado em 12,9% (61/473) dos indivíduos. Outros tipos também relatados pela população em estudo foram nomeadamente o cigarro eletrónico cigarro (E-cg), cigarrilhas, cachimbo e charuto. 85,7% (400/467) dos fumadores não consome outro tipo além do seu tipo habitual de tabaco, 12,2% (57/467) 2 tipos e 2,1% (10/467) mais de 2 tipos. Apenas 0,2% (1/467) faz uso de mais de três tipos além do seu tipo padrão (tabela 3).

Tabela 3 - Tipo de Tabaco

Tipo(s) de Tabaco	N	(n/467)%
0 além do tipo padrão	400	85,7
1 além do tipo padrão	57	12,2
2 além do tipo padrão	9	1,9
3 além do tipo padrão	1	0,2

4.4. Dependência nicotínica e motivação para deixar de fumar

Considerando o total dos envolvidos no estudo, 59,7% (289/484) apresentaram uma dependência moderada avaliada pelo Teste de Fagerström_grupo. Um grau elevado de dependência nicotínica foi observado em 27,5% (133/484) contra os 12,8% (62/484) exibindo uma dependência baixa (tabela 4). Apurando os dados para três grupos etários distintos, verificou-se que a percentagem de fumadores com dependência elevada aumenta com a idade, existindo, portanto uma relação estatisticamente significativa entre o grupo etário e o grau de dependência nicotínica ($p < 0,001$). Estatisticamente não foram encontradas diferenças significativas relativamente ao nível de dependência entre os dois géneros quando avaliada pelo Teste de Fagerström_grupo ($p = 0,198$).

Tabela 4 - Dependência nicotínica avaliada pelo Teste de Fagerström_grupo.

Nível de dependência	N	(n/484)%
Dependência baixa	62	12,8
Dependência moderada	289	59,7
Dependência elevada	133	27,5

Quando avaliada pelo Teste HSI_grupo, o nível mais baixo de dependência foi observado em 20,4% (99/485) dos participantes sendo que a maioria, 52,4% (254/485), apresentava uma dependência moderada, e 27,2% (132/485) dependência elevada. Por esta via de análise, verificou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,010$) entre as frequências observadas e os géneros (tabela 5). O mesmo sucedendo-se com o grupo etário ($p < 0,001$), tendo sido verificado que o número de fumadores com dependência elevada aumenta com a idade.

Tabela 5 - Dependência nicotínica avaliada pelo Teste HSI_grupo em função do género.

Nível de dependência	Masculino (n/320)	Feminino (n/165)
Dependência baixa	16,9	27,3
Dependência moderada	51,5	52,8
Dependência elevada	30,3	21,2

No que se refere à motivação para deixar de fumar, a análise pelo Teste de Richmond_grupo demonstrou que 14,8% (70/472) apresentam uma motivação baixa, 68,9% (325/472) uma motivação moderada, e 16,3% (77/472) uma motivação elevada. Constatou-se ainda que não existe qualquer relação significativa com o grupo etário ($p=0,070$) e o género dos participantes ($p = 0,318$).

Quando a mesma análise é aplicada pela VASM_grupo, a maioria dos fumadores, 57,9% (274/473), apresenta uma motivação elevada, 30,4% (153/473) uma motivação moderada e 9,7% motivação baixa (46/473).

4.5. Fatores associados à dependência nicotínica

4.5.1. Género

Estatisticamente não foram encontradas diferenças significativas relativamente ao nível de dependência nicotínica entre os dois géneros, quando avaliada pelo Teste de Fagerström_grupo ($p=0,198$) (tabela 6). De forma oponente, quando ponderada pelo Teste HSI_grupo, foi verificada uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,010$) entre as frequências observadas e os géneros (tabela 5).

Tabela 6 - Dependência nicotínica avaliada pelo Teste de Fagerström_grupo em função do género.

	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Teste de <i>Fagerström_grupo</i>						
Dependência baixa	22	13,3	40	12,5	62	12,8
Dependência moderada	106	64,2	183	57,4	289	59,7
Dependência elevada	37	22,4	96	30,1	133	27,5
Total	165	100,0	319	100,0	484	100,0

4.5.2. Idade

Foram considerados três grupos etários distintos (menos de 34 anos, 35-54 anos, e mais de 55 anos). Desta forma, aplicando o Teste de Fagerström_grupos, foi verificada uma relação estatisticamente significativa entre os grupos etários e o nível de dependência nicotínica, com um aumento da percentagem de fumadores com dependência elevada a medida que aumenta a idade ($p<0,001$).

Reagrupando a idade em dois grupos etários (≤ 55 anos/ > 55 anos) observou-se uma relação estatisticamente significativa com a dependência nicotínica avaliada pelo Teste de Fagerström01, de maneira que os fumadores com mais de 55 anos apresentaram 2,3 vezes a probabilidade de exibir uma dependência elevada ($p<0,001$) comparativamente com o grupo oposto.

Tabela 7 - Dependência nicotínica por grupo etário avaliada pelo Teste de *Fagerström_grupo*

	≤ 34 (anos)		35-54 (anos)		≥ 55 (anos)		Total	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Teste de <i>Fagerström_grupo</i>								
Dependência baixa	12	15,4	38	15	12	8	62	12,9
Dependência moderada	55	70,5	151	59,7	80	53,3	286	59,5
Dependência elevada	11	14,1	64	25,3	58	38,7	133	27,7
Total	78	100,0	253	100,0	150	100,0	481	100,0

O Teste HSI_grupo, mostrou-se concordante com estas observações, tendo sido verificado que o número de fumadores com dependência elevada aumenta com a idade ($p < 0,001$)

4.5.3. Educação

O nível de escolaridade, pelo Teste de Fagerström_grupo, apresentou uma variação inversa relativamente ao grau de dependência nicotínica, com fumadores com maior grau de instrução mostrando uma menor dependência nicotínica ($p < 0,001$) (tabela 8). A mesma tendência foi apontada pelo Teste HSI_grupo ($p < 0,001$).

Tabela 8- Dependência nicotínica por nível de escolaridade avaliada pelo Teste de *Fagerström_grupo*

	0-4 (anos)		5-9 (anos)		10-12 (anos)		> 12 (anos)		Total	
	N	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Teste de <i>Fagerström_grupo</i>										
Dependência baixa	11	8,3	12	11,8	19	13,9	18	18%	60	12,8
Dependência moderada	68	51,5	59	57,8	88	64,7	67	67%	282	60
Dependência elevada	53	40,2	31	30,4	29	21,3	15	15%	128	27,2
Total	132	100,0	102	100,0	136	100,0	100	100,0	470	100,0

40,2% dos fumadores com quatro anos ou menos de escolaridade apresentaram uma dependência elevada; Dos 100 indivíduos que reportaram mais de 12 anos de escolaridade, apenas 15% demonstrou um nível elevado de dependência.

Ao reagrupar-se o nível de escolaridade em dois grupos (≤ 4 anos/ > 4 anos) a mesma tendência fez-se presente quando analisada pelo Teste de Fagerström01 ($p < 0,001$).

4.5.4. Status social

Os status mais elevados foram também aqueles nos quais registaram-se uma maior percentagem de fumadores com baixa dependência nicotínica (19,1% ou 22/115). Para o status social 5, apenas 9,7% (9/93) apresentou uma dependência nicotínica baixa (tabela 9). Neste sentido, foi verificada uma relação inversa, estatisticamente significativa, entre o status social e a dependência nicotínica avaliada pelo Teste de Fagerström_grupo e pelo Teste de HSI_grupo ($p = 0,018$ e $p = 0,004$).

Tabela 9 - Dependência nicotínica por *status* social avaliada pelo Teste de *Fagerström_grupo*

	<i>Status</i> 1 e 2		<i>Status</i> 3 e 4		<i>Status</i> 5		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Teste de <i>Fagerström_grupo</i>								
Dependência baixa	22	19,1	26	10,5	9	9,7	57	12,5
Dependência moderada	73	63,5	147	59,3	53	56,9	273	59,9
Dependência elevada	20	17,4	75	30,2	31	33,3	126	27,6
Total	115	100,0	248	100,0	93	100,0	456	100,0

Reagrupando o status social em dois grupos (status 1, 2 e 3/ status 4 e 5) verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre estes e o nível de dependência nicotínica.

4.5.5. Duração do comportamento tabágico

A percentagem de fumadores com nível elevado de dependência nicotínica foi significativamente ($p < 0,001$) maior nos fumadores com maior duração do comportamento tabágico (Tabela 10).

Tabela 10 - Dependência nicotínica avaliada pelo Teste de *Fagerström*01 em função da duração do comportamento tabágico

	≤ 25 (anos)		> 25 (anos)		Total	
	n	%	n	%	N	%
Teste de <i>Fagerström</i> 01						
Dependência baixa a moderada	166	86,4	156	61,4	322	72,2
Dependência elevada	26	13,5	98	38,6	124	27,8
Total	192	100,0	254	100,0	446	100,0
P<0,001						

4.5.6. Comorbilidades

Não foi apurada qualquer relação entre a presença de outras comorbilidades e a dependência nicotínica.

De acordo com as respostas dos participantes, 48,6% (227/467) negaram qualquer alteração de SM comparativamente com os 41,8% (195/467) que relataram história associada ou prévia de perturbações de foro psiquiátrico. Destes últimos, 100 são do género feminino (51,3%) e 95 do masculino (48,7%). As idades registadas foram compreendidas entre os 14 e os 75 anos. A presença de alterações de SM também não influenciou o grau de dependência nicotínica.

A dependência de outras substâncias com poder aditivo foi descrita por 26,2% (122/466) dos participantes. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa ($p = 0,027$) com o nível de dependência nicotínica, sendo este maior nos fumadores que são ou já foram consumidores desse tipo de substâncias (Tabela 11). Reagrupando os indivíduos, o Teste de *Fagerström*01 apurou a mesma tendência, a qual foi estatisticamente significativa ($p = 0,023$).

Tabela 11 - Dependência nicotínica avaliada pelo Teste de *Fagerström_grupo* para o consumo de outras substâncias aditivas

	Fumadores sem história de consumo		Fumadores com história de consumo		Total	
	n	%	N	%	N	%
Teste de <i>Fagerström_grupo</i>						
Dependência baixa	42	14,5	9	7,7	51	12,6
Dependência moderada	176	60,9	66	56,4	242	59,6
Dependência elevada	71	24,6	42	35,9	113	27,8
Total	289	100,0	117	100,0	406	100,0

4.6. Fatores associados à motivação para deixar de fumar

4.6.1. Género

Realizada a análise da motivação para deixar de fumar nos dois géneros, pelo Teste *Richmond_grupo*, não foi demonstrada diferença significativa entre estes.

Quando a mesma análise é aplicada pela *VASM_grupo*, a maioria dos fumadores, 57,9% (274/473), apresenta uma motivação elevada qualquer, 30,4% (153/473) uma motivação moderada e 9,7% motivação baixa(46/473).

Quando a mesma análise é aplicada pela *VASM_grupo*, foi observada um relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,006$), na qual os homens demonstraram uma maior percentagem de motivação elevada. Por outro lado, a maior percentagem de motivação baixa foi observada no género feminino (tabela 12).

Tabela 12 - Motivação para deixar de fumar por género avaliada pela *VASM_grupo*

	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<i>VASM_grupo</i>						
Motivação baixa	24	14,7	22	7,1	46	9,7
Motivação moderada	58	35,6	95	30,6	153	32,3
Motivação elevada	81	49,7	193	62,3	274	57,9
Total	163	100,0	310	100,0	473	100,0

4.6.2. Idade

A idade não influenciou a motivação para deixar de fumar avaliada pelo Teste de *Richmond_grupo* ($p=0,070$) e pela *VASM_grupo* ($p=0,139$).

4.6.3. Educação

O nível educacional não demonstrou relação estatística significativa ($p=0,668$) com o grau de motivação para a CT, quando feita a avaliação pelo Teste de *Richmond_grupo*.

Opostamente, quando ponderada pelo Teste VASM_grupo, foi observada uma relação inversa entre o nível de escolaridade e a motivação para deixar de fumar que é estatisticamente significativa ($p=0,022$) (Tabela 13).

Tabela 13 - Motivação para deixar de fumar por nível de escolaridade avaliada pela VASM_grupo

	0-4 (anos)		5-9 (anos)		10-12 (anos)		> 12 (anos)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
VASM1_grupo										
Motivação baixa	14	11,5	8	7,8	12	8,8	9	9,1	43	9,4
Motivação moderada	23	18,9	37	36,3	49	36	40	40,4	149	32,5
Motivação elevada	85	69,7	57	55,9	75	55,1	50	50,5	267	58,2
Total	122	100,0	102	100,0	136	100,0	99	100,0	459	100,0

4.6.4. Status Social

Não foram atestadas diferenças significativas entre os distintos níveis de status social no que se refere ao grau de motivação para CT, tanto pelo Teste de Richmond_grupo como pela VASM_grupo (respetivamente, $p=0,306$ e $p=0,190$).

4.6.5. Duração de comportamento tabágico

Não se observou uma relação estatisticamente significativa entre a duração do comportamento tabágico e a motivação para deixar de fumar avaliada pelo Teste de Richmond_grupo ($p=0,503$).

Na avaliação pela VASM_grupo verificou-se que um comportamento tabágico com mais de 25 anos de duração foi associado a maiores índices de motivação elevada para CT comparativamente com aqueles que fumam há 25 ou menos anos, apresentando portanto, uma relação estatisticamente significativa ($p<0,001$).

4.6.6. Comorbilidades

Para as comorbilidades no geral, não foi observada qualquer relação com o grau de motivação para deixar de fumar.

No que se refere às alterações de SM, os resultados demonstraram tendências semelhantes nos dois testes utilizados para este fim. A VASM_grupo apontou para diferença mais marcada entre os problemas de foro mental e a menor motivação para a CT, apresentando uma relação estatisticamente significativa ($p=0,006$) (tabela14). Apesar de em menor grau, o Teste de Richmond_grupo revelou a mesma inclinação ($p=0,045$).

Para as dependências de outras substâncias de caráter aditivo não foram encontradas diferenças significativas por ambas as vias de avaliação.

Tabela 14 - Motivação para deixar de fumar em função da saúde mental avaliada pela VASM_grupo

VASM_grupo	Alteração SM		Sem alteração SM		Total	
	N	%	N	%	n	%
Motivação baixa	24	12,9	12	5,7	36	9,1
Motivação moderada	66	35,5	61	28,9	127	31,2
Motivação elevada	96	51,6	138	65,4	234	58,9
Total	186	100,0	211	100,0	397	100,0

5. Relato de casos clínicos de cessação tabágica

5.1. Depressão major

ARF, 58 anos, género feminino, recorre à consulta de CT referenciada pela pneumologia, a seis de maio de 2014.

Como antecedentes pessoais de relevo apresenta uma depressão major, com acompanhamento psiquiátrico desde 1992, para a qual se encontra medicada, e uma doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) ligeira. É seguida nas consultas de pneumologia desde 2005 na sequência de um tumor carcinoide típico submetido a uma lobectomia média um ano mais tarde.

Refere ter experimentado o primeiro cigarro, motivada pelo contexto social, aos 18 anos, altura em que também iniciou o consumo regular. Apresenta uma carga tabágica de 38 UMA, descrevendo que fuma cerca de 20 cigarros/dia. O tipo de tabaco eleito foi o cigarro, com um gasto mensal de 129 euros. Revela pai fumador tendo sido fumadora passiva durante longos anos. Segundo a mesma, realizou uma tentativa prévia de CT com sucesso, na sequência da neoplasia pulmonar, altura em que deixou de fumar durante um ano.

Na primeira consulta, mostra-se motivada para a CT apesar de pouco confiante. O nível de dependência nicotínica observado era relevante. Negou queixas de foro respiratório. A doente foi orientada a preencher o protocolo próprio da consulta. Procedeu-se a realização da entrevista motivacional e a explicação dos benefícios para deixar de fumar contextualizada para as patologias associadas. Prescreveu-se terapêutica de substituição nicotínica oral (TNSO) 2 mg 4 vezes/dia, e foi estabelecido o plano de preparação.

Ao 14º dia, verificou-se que cumpriu o plano de cessação, referindo boa tolerância ao TNSO. Procedeu-se ao reforço da confiança.

Um mês mais tarde, foi realizado um seguimento telefónico pró-ativo, após abandono das consultas. Declara estar a passar por um período de grande stress laboral, pelo que sentia-se despreparada para a CT. Prevê já ter ultrapassado esta fase em outubro, de modo que ficou agendada uma consulta para esta altura. Aproveitou-se o contacto com a doente para o reforço da motivação e da confiança.

Compareceu à consulta subsequente mostrando-se muito motivada para a CT. Refere ter iniciado há um mês o uso de E-cg, negando uso dual. Foi então retomado o processo de CT

envolvendo uma entrevista motivacional, reforço da motivação, da confiança, aconselhamento comportamental e estabelecido um plano de preparação.

Ao longo do acompanhamento, realizou-se o desmame do E-cg com vareniclina 2mg durante 14 dias com boa tolerância medicamentosa. Mostrou-se confiante, mas receosa para um eventual ganho ponderal. Acusou alteração comportamental, nomeadamente irritabilidade, nervosismo e ansiedade, negando sintomatologia depressiva.

Em março de 2015, encontrava-se abstinente há cerca de 6 meses sem lapsos. Revelou maior negativismo, sentimentos depressivos e obsessão com o aumento ponderal. Em entrevista duas semanas mais tarde, informa melhorias ligeiras da sintomatologia psiquiátrica. Negou qualquer alteração da medicação pela parte da psiquiatria excetuando-se a mudança para outro hipnótico que não soube especificar. Descreveu melhorias do padrão respiratório com menos dispneia aos esforços moderados a elevados. Reconhece que a manutenção da abstinência ainda representa um desafio, facto que atribui essencialmente a sua labilidade emocional, mas mostra-se bastante motivada.

5.2. Esquizofrenia

VNA, 40 anos, género masculino, com seguimento psiquiátrico desde 1990, altura em que recebeu o diagnóstico de psicoses esquizofrenicas tipo paranoide. Apresenta ainda uma asma brônquica alérgica e DPOC estadio 1 com seguimento na pneumologia desde 2012.

Recorre à consulta de CT em março de 2014 por orientação da pneumologia. Na altura já se encontrava abstinente há 19 dias, sem lapsos, na sequência de um recente internamento por pneumonia adquirida na comunidade. Antes do episódio que motivou o internamento, refere que fumava cerca de 30 cigarros/dia, tendo experimentado o primeiro aos 14 anos com consumo regular a partir dos 15. A carga tabágica era de 27,5 UMA e fumava exclusivamente o tabaco de enrolar. À apresentação, encontrava-se eupneico em repouso, revelando episódios recorrentes de tosse acessual. Mostrou-se muito motivado, com um índice de monóxido de carbono de 0-6. A análise da dependência nicotínica, pelo Teste de Fagerström e pelo Teste de HSI, demonstrou um nível moderado a elevado de dependência. Realizou-se o reforço da motivação frisando a relação entre o tabagismo e as comorbilidades que apresenta. Foi feita a prevenção da recaída e introduzida a vareniclina 1mg/dia, mantendo-se a TNSO 2mg que já tinha voluntariamente iniciado há uma semana. Foi enviada uma carta direcionada ao psiquiatra assistente para eventual reajuste da terapêutica após CT.

Passado um mês, manteve a CT, sem lapsos. Relatou uma boa tolerância a vareniclina e a TNSO, com bom controlo da síndrome de privação nicotínica. Descreve melhoria da capacidade de concentração e interação social. Procedeu-se ao reforço da motivação e prevenção da recaída.

Ao terceiro mês de cessação mantida, foi iniciado o desmame da vareniclina, com suspensão da TNSO um mês mais tarde.

Atualmente abstinente há 14 meses sem recaídas. Ao longo do processo de CT mostrou-se sempre clinicamente estável relativamente ao humor depressivo/ansiedade, com evolução favorável da interação social confirmada pela mãe. Foi reajustada pela psiquiatria a dose de haldol de 5 mg/dia para metade. Referiu melhoria considerável dos episódios de tosse acessual. O paciente mostrou-se muito determinado e seguro relativamente à manutenção da abstinência tabágica, apontando além dos ganhos na saúde respiratória e mental, também vantagens financeiras. Acrescenta ainda que tem aconselhado alguns amigos a deixar de fumar, caracterizando o processo de CT como um desafio fácil de se concretizar.

5.3. Bulimia nervosa

BMF, 18 anos, género masculino, recorre à consulta de CT em 2013 referenciado pela pedopsiquiatria.

Como antecedentes pessoais significativos apresenta uma perturbação do padrão alimentar com ingesta compulsiva associada a métodos purgatórios, e uma tentativa de suicídio, que motivaram dois internamentos na Unidade de internamento de Psiquiatria da Infância e da adolescência do Hospital Dona Estefania em Lisboa, entre março e dezembro de 2011. Acompanhamento pedopsiquiátrico desde 2013. Nega antecedentes de patologia respiratória.

O paciente refere ter iniciado o consumo regular do tabaco aos 15 anos, um ano depois de ter experimentado o primeiro cigarro. A carga tabágica foi de 0,5 UMA, e na altura fumava 10 cigarros/dia, com um gasto mensal de 57 euros. Pai ex-fumador recente. Na primeira consulta de CT, com grande envolvimento familiar, mostrou-se bastante motivado e com um nível moderado de dependência nicotínica. Negou queixas significativas de foro respiratório. Após orientação para o preenchimento do protocolo, foram explicados os benefícios da CT visando o reforço da motivação, traçou-se o plano de cessação com redução gradual, e prescreveu-se TNSO 2 mg a manter nos próximos 4 meses, caso não se verifique intolerância.

Compareceu a segunda consulta (7/13), na qual referiu ter cumprido o plano de preparação. Foi realizado o reforço da confiança e iniciada a vareniclina 1mg + 1mg/dia recomendada para os três meses e meio seguintes.

Nas consultas subsequentes negou intolerância medicamentosa. O reforço da motivação e da confiança foi uma constante. Em setembro de 2013 o utente, que até então havia reduzido o número de cigarros para 4-5/dia, deixou de fumar.

Atualmente ronda os 18 meses de abstinência, sem lapsos. Aponta o contexto social como a maior barreira ao longo de todo o processo. Nega descompensação do quadro bulímico. Na

pauta terapêutica, foi suspensa Largactil 25 mg, pela pedopsiquiatria, mantendo-se Seroquel SR 300 mg na dose e posologias habituais. Refere maior tolerância para o desporto e menos nervosismo.

6. Comparação dos níveis de ansiedade e de depressão antes e após a CT

Dos casos clínicos acima descritos, procedeu-se a uma análise comparativa dos níveis de ansiedade e de depressão previamente e após o processo de CT, utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

No primeiro caso (depressão major), a doente inicialmente apresentava um nível moderado de ansiedade (11) com um grau leve (9) de depressão. Após a CT, verificaram-se melhorias significativas destas observações para um nível considerado normal tanto relativamente à ansiedade como a depressão (respetivamente 7 e 4).

Em relação ao caso da esquizofrenia, o paciente demonstrou níveis leves de ansiedade e depressão (8) na primeira consulta de CT. 14 meses mais tarde, foi verificada uma normalização destes parâmetros com valores respetivos de ansiedade e depressão de 4 e 1.

O paciente com bulimia nervosa iniciou o processo de CT com um nível moderado de ansiedade (13). Para a depressão o nível inicial foi considerado normal (7). Após a CT, as vantagens fizeram-se refletir em ambos os aspetos (2 para a ansiedade e 1 no caso da depressão).

7. Discussão

Dos 503 fumadores inscritos no programa de CT do CHCB a grande maioria é do género masculino, apresentando uma idade média de 47,26 anos.

Apenas 9,8% não apresenta qualquer comorbilidade associada, sendo que a esmagadora maioria descreve alguma patologia. Duas das três alterações habitualmente descritas pela literatura como as principais doenças atribuíveis ao tabaco, as respiratórias e as cardiovasculares [2], estiveram entre as mais prevalentes na população em estudo, reportadas respetivamente em 36,6% e 32,8% dos indivíduos. As alterações de SM, nomeadamente a depressão e a ansiedade, formaram a maior fatia no leque das comorbilidades tendo sido descritas por 41,8% dos indivíduos, o que vai de encontro com resultados anteriores divulgados por um estudo que envolveu os fumadores inscritos no mesmo programa de CT durante os anos de 2010-2012[25]. Dos que referiram alguma PP, 33,3% descreveram antecedentes de depressão associada ou prévia, e 10,1% reportaram distúrbios da ansiedade.

A dependência de outras substâncias de carácter aditivo foi observada em pouco mais de um quarto dos fumadores.

Dos 195 indivíduos que descreveram PP prévia/actual associada, 51,3 % são mulheres e 48,7% do género masculino. As idades observadas variaram entre os 14 e os 75 anos.

Da análise comparativa direccionada para o grupo que referiu um histórico prévio/actual de DM, verificou-se que a presença destas alterações não influenciou o grau de dependência nicotínica, portanto, não foi observada uma maior dependência nicotínica entre aqueles que descreveram alterações de SM, comparativamente com os indivíduos que não reportaram estes distúrbios.

Quando a análise é focada nos que revelaram ser dependentes de outras substâncias aditivas, verificou-se que os fumadores em causa têm uma maior dependência nicotínica relativamente aos que não acusam outros comportamentos aditivos.

As observações acima descritas relativas à dependência nicotínica e as alterações de SM são concordantes com as avançadas por um estudo recente que teve como população alvo, os fumadores inscritos no mesmo programa de CT durante os anos de 2010-2012[25]. Para as dependências de outras substâncias aditivas, a relação com o nível de dependência nicotínica mostra-se sólida e sustentada pela literatura [26]. Entretanto, tanto para a dependência etílica como para outras drogas, foi descrito que a taxa de CT é semelhante a observada na população geral [27].

De acordo com as observações de um estudo recentemente conduzido, não existe déficit de motivação nos pacientes com antecedentes psiquiátricos no que se refere à iniciação e manutenção do programa de CT. [8] Entretanto, no presente estudo, a análise da motivação para a CT aponta para um menor grau de motivação neste grupo de doentes, tanto pela VASM_grupo como pelo Teste de Richmond_grupo.

Para as dependências de outras substâncias de caráter aditivo não foram encontradas diferenças significativas por ambas as vias de avaliação. Um acompanhamento individualizado conduzido por profissionais de saúde no processo de CT pode mitigar uma possível discrepância nas taxas de abstinência nos fumadores com alterações psiquiátricas. [13] O apoio sociofamiliar também revela-se capital nestes contextos. Nos casos clínicos relatados no presente estudo, os envolvidos mostraram-se bastante motivados para a CT apesar das significativas comorbilidades psiquiátricas. O nível de dependência nicotínica era considerável. A abstinência foi alcançada sem intercorrências relacionadas com os sintomas psiquiátricos que justificassem o reforço da terapêutica pela parte da psiquiatria. No caso da esquizofrenia e no da bulimia nervosa, doses medicamentosas significativamente menores passaram a ser suficientes para o bom controlo da sintomatologia psiquiátrica. Estes últimos foram também os casos com mais de um ano de CT mantida sem lapsos. Os ganhos observados foram vastos, envolvendo vantagens a nível respiratório, psiquiátrico, com grande repercussão na autoestima e na auto-eficácia. A HADS corroborou a normalização dos sintomas de ansiedade e de depressão.

7.1. Limitações do estudo

As limitações de um estudo transversal não permitem inferir causalidade. A amostra envolveu fumadores do programa de CT apenas do CHCB, condicionando a generalização dos resultados ou ainda a comparação com estudos de base populacional.

A ambiguidade imposta por algumas das questões do protocolo clínico pode ter impactado negativamente na fidedignidade das respostas por parte dos fumadores. Facto que se torna ainda mais marcante quando levado em conta que a grande maioria dos participantes apresentou um baixo nível educacional.

Outra limitação, a melhorar em próximos estudos, foi a existência de alguns missings nos protocolos levando a perda de informação com possível influência na avaliação dos resultados em estudo.

Excetuando-se os casos clínicos expostos, a presença de comorbilidades foi unicamente aferida com base na informação facultada pelos fumadores no questionário aplicado em contexto de consulta de CT.

7.2. Conclusões e implicações

Este trabalho demonstra que o tabagismo e as alterações de SM frequentemente coexistem. Foi avançado por alguns estudos que a percentagem de fumadores, e as consequências negativas associadas ao tabaco, são desproporcionalmente altas entre os indivíduos com distúrbios psiquiátricos comparativamente com a população geral. [7]

A presença das condições de SM não influenciou o grau de dependência nicotínica. Quanto à motivação para a CT nos doentes com patologia psiquiátrica associada ou prévia, os resultados tendem para um menor grau de motivação neste grupo de doentes.

Os antecedentes psiquiátricos não devem constituir um motivo de inibição no tratamento daqueles que pretendem deixar de fumar.

Os casos clínicos tomados aqui como referência constituem excelentes exemplos da aplicabilidade do programa de CT para os doentes psiquiátricos. Nos três casos foi alcançada a abstinência tabágica sem lapsos, que já se prolonga por mais de 12 meses no exemplo apresentado da esquizofrenia e da bulimia nervosa. Os benefícios da intervenção fizeram-se sentir, sem qualquer custo significativo para o padrão dos sintomas psiquiátricos. Pelo contrário, além das vantagens na condição física destes doentes, os ganhos na SM foram expressivos.

Pelo que foi apresentado, levanta-se a questão sobre o grau de envolvimento dos psiquiatras na promoção e referenciação para CT, e do eventual impacto da atuação destes na prevalência das perturbações de SM entre a população inscrita nos programas de CT.

Torna-se fulcral uma intervenção neste grupo, que se revela mais vulnerável, envolvendo atuações mais abrangentes a nível sociofamiliar, cultural, comunitário e individual. O clínico, de qualquer especialidade médica, encontra-se numa posição privilegiada para facultar estas providências na grande luta desleal que representa o tabagismo e as suas consequências para a saúde.

Referências Bibliográficas

1. Pestana E. Tabagismo: do diagnóstico ao tratamento. 1ª edição. Lisboa; 2006.
2. Nunes E, Narigão M. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa: DGS; 2013.
3. Direcção Geral da Saúde. Cessação Tabágica: Programa-tipo de actuação; Dezembro 2007.
4. Ferreira P. Desabituação tabágica. [Internet]. Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2014 Agosto 23. Available from: <http://www.arturcoimbra.pt/index.php/especialidades-medicas/desabituacao-tabagica>.
5. Portilla M, Alvarez L, Saiz P, Diaz E, Galvan G, Sarramea F, Blanco J, Elizagarate E, Bobes J. Effectiveness of a Multi-Component Smoking Cessation Support Programme (McSCSP) for Patients with Severe Mental Disorders: Study Design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014; (11): 373-389.
6. Cerimele J, Halperin, Saxon A. Tobacco Use Treatment in Primary Care Patients with Psychiatric Illness. *J Am Board Fam Med*. 2014; (27): 399–410.
7. Metse A, Bowman J, Wye P, Stockings E, Adams M, Clancy R, Terry M, Walfenden L, Freund M, Allan J, Prochask J, Wiggers J. Evaluating the efficacy of an integrated smoking cessation intervention for mental health patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials Journal*. 2014; (15): 1-266
8. Bardeci L, Otero L, Amo M, Ayesta J. Evaluación de una intervención para dejar de fumar en personas com enfermmedad mental. *Original*. 2013; (87):629-638.
9. Minichino A, Bersani F, Calò W, Spagnoli F, Francesconi M, Vicinanza R, Chiaie R, Biondi M. Smoking Behaviour and Mental Health Disorders—Mutual Influences and Implications for Therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013; (10) 4790-4811.
10. Twyman L, Bonevski B, Paul C, Bryant J. Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ Open*. 2014; (4) 1136-6414.
11. Mendelsohn C. Smoking and depression. *Clinical*. 2012.
12. Kulkarni M, Huddleston L, Taylor A, Sayal K, Ratschen E. A Cross-sectional survey of mental health clinicians' knowledge, attitudes, and practice relating to tobacco dependence among young people with mental disorders. *BMC Health Services Research* 2014; (14):618.
13. Stepankova L, Kralikova E, Zvolaska K, Kmetova A, Blaha M, Bortlicek Z, Sticha M, Anders M, Schroeder D, Croghan I. Preventing Chronic Disease. 2013; (10):130051.
14. Bardeci L, Otero L, Amo M, Ayesta J. Evaluación de una intervención para dejar de fumar en personas com enfermmedad mental. *Original*. 2013; (87): 629-638.
15. Mak Y, Loke A. The acceptance and commitment therapy for smoking cessation in the primary health care setting: a study protocol. *BMC Public Health*. 2015; 15:105.

16. Grana R, Ramo D, Fromont S, Hall S, Prochaska J. Correlates of Tobacco Dependence and Motivation to Quit among Young People Receiving Mental Health Treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2012 September 1; 125(1-2): 127–131.
17. Lawrence D, Hafekost J, Hull P, Mitrou F, Zubrick S. Smoking, mental illness and socioeconomic disadvantage: analysis of Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *BMC Public Health.* 2013; (13):462.
18. World Bank: *Curbing the Epidemic. Governments and the economics of Tobacco Control.* Washington, DC: World Bank 1999.
19. Ravara SB. Abordagem pró-activa e sistemática do tabagismo e recursos abrangentes de cessação: contributo para a integração e custo-efectividade dos programas de cessação tabágica; In: *O Essencial sobre tabagismo para Médicos.* Eds. Precioso J et al. Associação para a Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga: Braga; Maio 2011. p. 147-52.
20. Clancy N, Zwar N, Richmond R. Depression, smoking and smoking cessation: a qualitative study. *Family Practice.* 2013; (30): 587–592.
21. White M, Peters E, Toll B. Effect of Binge Eating on Treatment Outcomes for Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 12, Number 11 (November 2010) 1172–1175.
22. Aguiar P. *Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS.* 1ª edição. Lisboa. 2007.
23. *Diagnóstico social: Conselho Local de Acção Social da Covilhã.* Covilhã; 2012.
24. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004; 99(1):29–38.
25. Sousa Mariana Sousa Batista. *Avaliação da motivação para deixar de fumar e da dependência nicotínica num programa de cessação tabágica.* {Investigação}. Covilhã: UBI; Fevereiro de 2014.
26. Mackowick K, Lynch M, Weinberger, George T. Treatment of Tobacco Dependence in People with Mental Health and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Reports.* 2012 October; 14(5): 478–485.
27. Lasser K, Boyd J, Woolhandler S, Himmelstein D, McCormick D, Bor D. Smoking and Mental Illness: A Population-Based Prevalence Study. *JAMA.* 2000 Nov; (284): 2606-2610.
28. Fiore MC, Jaén CR, MD, Baker TB, Bailey W, Benowitz N et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline.* Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008.
29. White M, Peters E, Toll B. Effect of Binge Eating on Treatment Outcomes for Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 12, Number 11 (November 2010) 1172–1175.

Anexo 2: Protocolo clínico

Hábitos alcoólicos (CAGE adaptação)

- Bebe bebidas alcoólicas todos os dias?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
- Já fez algum tratamento de desintoxicação?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
- Quanto bebe por dia?	Vinho: _____ Cerveja: _____ Aguardente: _____ Whisky: _____ Outros: _____	
- Já o aborreceram por beber?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
- Já alguma vez sentiu remorsos por beber tanto?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
- Alguma vez pensou que tinha de deixar de beber?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
- Alguma vez teve que beber de manhã, para estar em forma?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
(por cada sim 1 ponto, nas 4 últimas questões)		Total:

Apenas para ser preenchido pela mulher

- Se alguma vez esteve grávida, fumou durante a gravidez?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
- Se alguma vez amamentou, fumou durante essa altura?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
- Utiliza a pílula?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
- Observações: _____		

Teste de Fagerström

1) Quanto tempo depois de acordar fuma o 1º cigarro?		
	Nos primeiros 5 minutos	<input type="checkbox"/> 3
	6-30 minutos	<input type="checkbox"/> 2
	31-60 minutos	<input type="checkbox"/> 1
	Mais de 60 minutos	<input type="checkbox"/> 0
2) Tem dificuldade em não fumar nos locais em que é proibido?	Sim <input type="checkbox"/>	1
	Não <input type="checkbox"/>	0
3) Qual é o cigarro que mais lhe custa deixar?	O 1º da manhã <input type="checkbox"/>	1
	Qualquer outro <input type="checkbox"/>	0
4) Quantos cigarros fuma por dia?	10 ou menos <input type="checkbox"/>	0
	11 a 20 <input type="checkbox"/>	1
	21 a 30 <input type="checkbox"/>	2
	31 ou mais <input type="checkbox"/>	3
5) Fuma mais no começo do dia?	Sim <input type="checkbox"/>	1
	Não <input type="checkbox"/>	0
6) Fuma mesmo quando está doente?	Sim <input type="checkbox"/>	1
	Não <input type="checkbox"/>	0
	Total:	

Sente-se confiante para parar de fumar?

3

Avalie de 0 a 10, a sua confiança actual para parar de fumar (0 significa que não se sente confiante para parar de fumar e 10 que está completamente confiante para parar de fumar)

Não confiante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente confiante

Qual é o seu grau de motivação para deixar de fumar?

Avalie de 0 a 10, a sua intenção actual para parar de fumar (0 significa que não tem vontade de parar e 10 está verdadeiramente decidido a parar de fumar)

Sem nenhuma vontade 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Francamente decidido a parar

Porque é que acha que fuma?

De 0 a 10 gradue as razões que o levam a fumar. Assinale com um círculo a sua resposta (0 significa "nunca" e 10 significa "sempre")

Fumo...	Nunca	Sempre
- porque é um gesto automático	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
- no convívio social	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
- por prazer	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
- para combater o stress	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
- para me concentrar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
- para me levantar a moral	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
- para não engordar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

3

Teste de Richmond

1 - Gostava de deixar de fumar se o pudesse fazer com facilidade?	Não <input type="radio"/>	0
	Sim <input type="radio"/>	1
2 - Quantifique o seu interesse em deixar de fumar:		
	Não tenho interesse <input type="radio"/>	0
	Ligeiro <input type="radio"/>	1
	Moderado <input type="radio"/>	2
	Intenso <input type="radio"/>	3
3 - Vai tentar deixar de fumar nas duas próximas semanas?		
	Não de certeza <input type="radio"/>	0
	Talvez não <input type="radio"/>	1
	Talvez sim <input type="radio"/>	2
	Sim de certeza <input type="radio"/>	3
4 - Qual é a sua possibilidade de ser ex-fumador nos próximos 6 meses?		
	Não de certeza <input type="radio"/>	0
	Talvez não <input type="radio"/>	1
	Talvez sim <input type="radio"/>	2
	Sim de certeza <input type="radio"/>	3
	Total:	<input type="text"/>

Porque quer parar de fumar? (por ordem de importância)

O que teme ao deixar de fumar? (por ordem de importância)

HADS

QUESTIONÁRIO DE ANSIEDADE

Nome: _____ Data: ____/____/____

Os médicos reconhecem que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico souber o que sente, poderá ajudá-lo a mais.

Este questionário está concebido de modo a auxiliar o seu médico a saber como se sente. Não considere os números impressos ao lado das perguntas. Leia todas as frases e sublinhe a resposta que corresponde melhor ao que tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas; a sua reacção imediata a cada frase será provavelmente mais exacta do que uma resposta muito reflectida.

A	3	Sinto-me tenso ou contrariado: A maior parte do tempo	Sinto-me parado: Quase sempre	D	3
	2	Muitas vezes	Com muita frequência		2
	1	De vez em quando, ocasionalmente	Algumas vezes		1
	0	Nunca	Nunca		0
D	0	Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente: Tanto como antes	Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago: Nunca	A	0
	1	Não tanto	De vez em quando		1
	2	Só um pouco	Muitas vezes		2
	3	Quase nada	Quase sempre		3
A	3	Tenho uma sensação de medo como se algo de mau estivesse para acontecer: Nítidamente e muito forte	Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto: Com certeza	D	3
	2	Sim, mas não muito forte	Não tenho tanto cuidado como devia		2
	1	Um pouco, mas não me incomoda	Talvez não tanto como antes		1
	0	De modo algum	Tanto como habitualmente		0
D	0	Sou capaz de rir de me divertir com as coisas engraçadas: Tanto como habitualmente	Sinto-me impaciente e não consigo estar parado: Muito	A	3
	1	Não tanto como agora	Bastante		2
	2	Nítidamente menos agora	Um pouco		1
	3	Nunca	Nada		0
A	3	Tenho a cabeça cheia de preocupações: A maior parte do tempo	Penso com prazer no que tenho a fazer: Tanto como habitualmente	D	0
	2	Muitas vezes	Menos que anteriormente		1
	1	De vez em quando	Bastante menos que anteriormente		2
	0	Raramente	Quase nunca		3
D	3	Sinto-me bem disposto: Nunca	De repente, tenho sensação de pânico: Com grande frequência	A	3
	2	Poucas vezes	Bastante vezes		2
	1	Bastantes vezes	Algumas vezes		1
	0	Quase sempre	Nunca		0
A	0	Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado: Sempre	Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou TV: Frequentemente	D	0
	1	Habitualmente	Algumas vezes		1
	2	Algumas vezes	Poucas vezes		2
	3	Nunca	Muito raramente		3

A D

HADS R. P. Smith and A. S. Zigmond 1983, 1992, 1994. Itens do questionário registados originalmente publicados no *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Volume 67 (1983) Munksgaard International Publishers Ltd., Copenhagen 1983. Este questionário poderá ser fotocopiado para uso comunitário pela instituição educadora.
Publicada por NFER NELSON Publishing Company Ltd, Dant e House, 7 Oxford Road East, Windsor, Berkshire SL4 1DF, UK

CONSULTA DE TABAGISMO

6

Data: / /
Dia mês ano

Nome: _____
Idade: / /

Vem à consulta por:
Decisão pessoal Insistência do seu médico Pressão familiar Outros

Já foi aconselhado a deixar de fumar por algum profissional de saúde? Qual: _____

Actualmente tem mais problemas profissionais do que habitualmente? Não Sim
Especifique: _____

Actualmente tem mais problemas familiares do que habitualmente? Não Sim
Especifique: _____

Hábitos tabágicos:

- Com que idade fumou o 1º cigarro? anos

- Com que idade começou a fumar diariamente? anos

- Quantos cigarros fuma actualmente? Carga tabágica UMA

- No último mês reduziu o número de cigarros por dia? Sim Não

- Já tentou parar de fumar? Sim Não

- Utilizou algum método? _____

- Quanto tempo esteve sem fumar (período de maior duração)

- Quando foi a última tentativa? _____

- Qual foi a razão que o levou a fumar novamente? (por ordem de importância)

- 1. _____

- 2. _____

- 3. _____

- Quais são as alterações que nota quando pára de fumar?

Nenhuma <input type="checkbox"/>	compulsão <input type="checkbox"/>	irritabilidade, cólera <input type="checkbox"/>
Agitação <input type="checkbox"/>	nervosismo <input type="checkbox"/>	ansiedade <input type="checkbox"/>
Depressão <input type="checkbox"/>	alterações sono <input type="checkbox"/>	outras: _____
dificuldade concentração <input type="checkbox"/>	aumento apetite <input type="checkbox"/>	

- Aumentou de peso quando parou de fumar? Sim Não Kg

- À sua volta quem fuma? Em casa: _____ Emprego: _____
Amigos: _____

- Vive sozinho? Sim Não

- Fuma outro tipo de tabaco? Charutos Cigarrilhas Cachimbo

Presença até aqui

Factores de risco e patologia prévios e actuais:

- HTA	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Diabetes	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
- Dislipidémia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
- Doenças cardiovasculares	- enfarte, angor - AVC - Doença arterial periférica		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
- Doença oncológica			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
- Doenças respiratórias	- DPOC - Asma		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
- Alergias (medicamentos)		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
- Epilepsia, convulsões		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
- Traumatismo/Tumor cerebral		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
- Anorexia nervosa/Bulimia		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
- Depressão		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
- Doença bipolar		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
- Alcoolismo/toxicod dependência		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
- Úlcera duodenal		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Outra:			

Terapêutica em curso:

Xantinas	<input type="checkbox"/>	Antidepressivos Qual:	
Corticosteroides	<input type="checkbox"/>	Benzodiazepinas	<input type="checkbox"/>
Insulina	<input type="checkbox"/>	Hipnóticos	<input type="checkbox"/>
Antidiabéticos orais	<input type="checkbox"/>	Quinolonas	<input type="checkbox"/>
Inibidores da MAO	<input type="checkbox"/>	Tramadol	<input type="checkbox"/>
Antihistamínicos	<input type="checkbox"/>	Antiarrítmicos	<input type="checkbox"/>
Outros:			

Antecedentes familiares

- DPOC e Asma	_____
- Neoplasias	_____
- D. cardiovasculares	_____

Exame Objectivo

- AP	_____
- AC	_____
-	_____

Exames Complementares

EFR:			
	Teórico	Actual	%
CVF			
FEV1			
FEV1/CVF			
PEF			
25 - 75			
Difusão			
Perfil lipídico:	Normal <input type="checkbox"/>	Alterado <input type="checkbox"/>	
ECG:	Normal <input type="checkbox"/>	Alterado <input type="checkbox"/>	
Radiografia de tórax:	Normal <input type="checkbox"/>	Alterada <input type="checkbox"/>	
Outros:			

