



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Avaliação da motivação para deixar de fumar e da dependência nicotínica num programa de cessação tabágica

Mariana Sousa Batista

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

Orientador: Mestre Sofia Belo Ravara

Covilhã, fevereiro de 2014

Agradecimentos

Ao terminar este projeto gostaria de manifestar o meu sincero agradecimento a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a sua concretização:

À minha orientadora de tese, Mestre Sofia Belo Ravara, pela qualidade da orientação científica e pela disponibilidade e amizade que sempre demonstrou desde o início da elaboração deste trabalho.

Ao Dr. Miguel Freitas, pela disponibilidade e apoio no tratamento dos dados estatísticos.

À Eva Pereira pela amizade e companheirismo ao longo do projeto e pelo apoio na introdução dos dados e na formatação gráfica.

Ao Diogo por todo o apoio e carinho nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais e aos meus irmãos pelo amor incondicional e pelo encorajamento e apoio constantes.

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

Resumo

Título: Avaliação da motivação para deixar de fumar e da dependência nicotínica num programa de cessação tabágica

Introdução: A cessação tabágica é a medida mais eficaz a curto prazo para reduzir a mortalidade associada ao tabagismo. A dinâmica entre a motivação para deixar de fumar e a dependência nicotínica determina a resolução do conflito do fumador. É importante conhecer e caracterizar estas duas variáveis nos fumadores que recorrem a um programa de cessação tabágica para melhor planear os programas de tratamento e as políticas de controlo de tabagismo em Portugal.

Objetivos: Avaliar e caracterizar a dependência nicotínica e a motivação para deixar de fumar dos fumadores que recorreram à consulta de cessação tabágica do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) durante os anos de 2010-2012, bem como a relação entre essas duas variáveis e os fatores que lhe estão associados; correlacionar o nível de monóxido de carbono (CO) com o resultado obtido no Teste de *Fagerström* e no *High Smoking Index* (Teste de HSI).

Metodologia: Estudo observacional descritivo transversal. Análise dos protocolos clínicos da consulta de cessação tabágica do CHCB respeitantes aos anos 2010-2012. Os questionários clínicos correspondem a um protocolo *standard* desenvolvido pelo Grupo de Trabalho de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia e são aplicados sistematicamente na primeira consulta.

Realizou-se a análise descritiva univariável e bivariável, tendo sido utilizados os testes estatísticos de Chi Quadrado e McNemar para variáveis categóricas; Mann-Whitney e t de student para variáveis contínuas; realizou-se a regressão logística binária para a análise multivariável.

Resultados: Participaram 300 fumadores, dos quais 31,3% são do sexo feminino, com uma idade média de $47,7 \pm 11,97$ anos, (14↔75). Verificou-se que a maioria dos fumadores apresenta dependência nicotínica moderada e motivação moderada para deixar de fumar. Não se observou correlação entre o índice de dependência nicotínica e a motivação para deixar de fumar. Maiores índices de dependência nicotínica foram observados para o sexo masculino, idade ≥ 55 anos, menor nível de escolaridade, *status* social mais baixo, maior duração de comportamento tabágico e consumo prévio ou atual de outras substâncias aditivas. Maiores índices de motivação para deixar de fumar foram observados para o sexo masculino, idade ≥ 50 anos, menor nível de escolaridade, *status* social mais baixo e maior duração de comportamento tabágico. Apesar de a análise bivariável ter revelado as relações previamente descritas, a investigação dos fatores preditores de dependência nicotínica e motivação para deixar de fumar através da análise de regressão logística multivariável,

demonstrou que apenas a idade e o nível educacional foram significativamente associados à dependência nicotínica. Relativamente à motivação para deixar de fumar apenas o fator idade esteve significativamente relacionado com esta variável. O resultado obtido nos testes utilizados para avaliação da dependência nicotínica relacionou-se positiva e significativamente com o valor de CO obtido no ar exalado pelos fumadores.

Conclusão: Apesar de a maioria dos fumadores que recorrem a uma consulta de cessação tabágica se demonstrar moderada a altamente motivada para deixar de fumar, a dependência nicotínica dos mesmos é significativa. Os fumadores mais jovens são os que apresentam menor dependência mas estão menos motivados para cessar. Os fumadores mais velhos ou com menor nível de instrução são os mais dependentes. Os clínicos devem estar capacitados para fazer um tratamento adequado da dependência nicotínica, a fim de se poder otimizar o potencial das estratégias de cessação tabágica. Os decisores políticos e os sistemas de saúde devem implementar políticas de controlo de tabagismo que promovam a cessação tabágica, bem como garantir o acesso a serviços de cessação tabágica e a terapias farmacológicas eficazes e subsidiadas.

Palavras-Chave

Motivação, dependência nicotínica, cessação tabágica, controlo de tabagismo.

Abstract

Title: Assessing motivation to quit smoking and nicotine dependence in a smoking cessation program

Introduction: Smoking cessation is the most effective measure to reduce smoking-related mortality on short-term. The dynamic between smokers' motivation to quit and their dependence determines the smokers' conflict. It is important to access these two variables in smokers who undertake a smoking cessation program to better plan cessation care and tobacco control policies in Portugal.

Objectives: To evaluate and characterize nicotine dependence and motivation to quit among smokers who attend smoking cessation care at CHCB Hospital during the years 2010-2012; to access the relationship between these two variables and factors associated therewith; to correlate the level of carbon monoxide (CO) with the result obtained on the *Fagerström* Test and *High Smoking Index* (HSI Test).

Methodology: Cross-sectional study. Analysis of clinical protocols of CHCB Hospital smoking cessation program for the years 2010-2012. Clinical questionnaires are standard protocols developed by the Portuguese Society of Pulmonology Smoking Working Group. These are systematically applied at first clinical visits.

We conducted univariate and bivariate descriptive analysis using Chi Square and McNemar tests for categorical variables; and Mann - Whitney and t student tests for continuous variables; for multivariate analysis binary logistic regression was performed.

Results: Participants: 300 smokers; 31,3 % were female, with a mean age of $47,7 \pm 11,97$ years (range:14 ↔ 75). Most smokers reported moderate nicotine dependence and moderate motivation to quit. Nicotine dependence and motivation to quit were not correlated. Higher rates of nicotine dependence were observed for males, age ≥ 55 years, lower education levels, lower social status, longer duration of smoking and previous or current use of other addictive substances. Higher motivation to quit was observed for males, age ≥ 50 years, lower education levels, lower social status and longer duration of smoking. Multivariate logistic regression analysis showed that: 1) age and education predicted nicotine dependence; 2) age predicted motivation to quit. The results obtained in the tests used to assess nicotine dependence were positively and significantly related with exhaled CO.

Conclusion: Although the majority of smokers attending smoking cessation care report moderate to high motivation to quit, their nicotine dependence is significantly high. While younger smokers are those with less dependence, they are less motivated to quit. Older or

less educated smokers are the most dependent. In order to optimize smoking cessation strategies, clinicians should deliver tailored treatment of nicotine dependence.

Policy makers and healthcare should implement tobacco control policies that promote smoking cessation, while ensuring access to cessation services and effective and reimbursed pharmacotherapies.

Keywords

Nicotine dependence, motivation, smoking cessation, tobacco control.

Dedicatória

Aos meus Pais.

Aos meus Irmãos.

Índice

Dedicatória.....	viii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Palavras-Chave	v
Abstract.....	vi
Keywords	vii
Índice	viii
Lista de Figuras.....	xi
Lista de Tabelas.....	xii
Lista de Acrónimos.....	xiv
1. Introdução	1
1.1. Objetivos	3
1.1.1. Objetivo geral.....	3
1.1.2. Objetivos específicos	3
2. Metodologia de investigação	4
2.1. Tipo de estudo.....	4
2.2. Local e população de estudo.....	4
2.3. Amostra	4
2.4. Método de recolha de dados	4
2.5. Análise de dados e métodos estatísticos.....	5
3. Resultados	9
3.1. Caracterização sociodemográfica	9
3.2. Saúde.....	10
3.3. Comportamento tabágico.....	10
3.4. Dependência nicotínica e motivação para deixar de fumar	12
3.5. Fatores associados à dependência nicotínica	15
3.5.1. Género.....	15
3.5.2. Idade.....	15
3.5.3. Educação	16
3.5.4. <i>Status</i> social	17
3.5.5. Duração do comportamento tabágico.....	18
3.5.6. Comorbilidades	18
3.6. Fatores associados à motivação para deixar de fumar	20
3.6.1. Género.....	20

3.6.2. Idade.....	20
3.6.3. Educação.....	21
3.6.4. <i>Status</i> social.....	22
3.6.5. Duração do comportamento tabágico.....	23
3.6.6. Comorbilidades.....	23
3.7. Nível de monóxido de carbono e resultado dos testes de dependência nicotínica.....	24
3.7.1. Teste de <i>Fagerström</i>	24
3.7.2. Teste de HSI.....	25
3.8. Análise de regressão logística múltipla.....	26
4. Discussão.....	27
4.1. Discussão de resultados.....	27
4.2. Limitações do estudo.....	30
5. Conclusão e implicações.....	31
Referências Bibliográficas.....	33
Anexos.....	37

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição dos fumadores segundo a dependência nicotínica avaliada pelo Teste de <i>Fagerström</i> 123	12
Figura 2 - Distribuição dos fumadores segundo a dependência nicotínica avaliada pelo Teste de HSI123.....	12
Figura 3 - Distribuição dos fumadores segundo a motivação para deixar de fumar avaliada pelo Teste de <i>Richmond</i> 123	13
Figura 4 - Distribuição dos fumadores segundo a motivação para deixar de fumar avaliada pela VASM123	13

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica.....	9
Tabela 2 - Comorbilidades (N=246).....	10
Tabela 3 - Correlações entre os testes de dependência nicotínica e os testes de motivação para deixar de fumar.....	14
Tabela 4 - Dependência nicotínica por género avaliada pelo Teste de <i>Fagerström</i> 123 e pelo Teste de <i>Fagerström</i> 01	15
Tabela 5 - Dependência nicotínica por grupo etário avaliada pelo Teste de <i>Fagerström</i> 123 e pelo Teste de HSI123.....	16
Tabela 6 - Dependência nicotínica por nível de escolaridade avaliada pelo Teste de <i>Fagerström</i> 123 e pelo Teste de HSI123	16
Tabela 7 - Dependência nicotínica por <i>status</i> social avaliada pelo Teste de <i>Fagerström</i> 123 e pelo Teste de HSI123.....	17
Tabela 8 - Dependência nicotínica avaliada pelo Teste de <i>Fagerström</i> 01 e pelo Teste de HSI01 em função da duração do comportamento tabágico	18
Tabela 9 - Dependência nicotínica avaliada pelo Teste de <i>Fagerström</i> 123 e pelo Teste de HSI123 e consumo de outras substâncias aditivas.....	19
Tabela 10 - Motivação para deixar de fumar por género avaliada pela VASM123 e pela VASM01	20
Tabela 11 - Motivação para deixar de fumar por grupo etário avaliada pelo Teste de <i>Richmond</i> 123 e pela VASM123	21
Tabela 12 - Motivação para deixar de fumar por nível de escolaridade avaliada pela VASM123 e VASM01	22

Tabela 13 - Motivação para deixar de fumar por <i>status</i> social avaliada pela VASM123	22
Tabela 14 - Motivação para deixar de fumar avaliada pela VASM123 e VASM01 em função da duração do comportamento tabágico	23
Tabela 15 - Dependência nicotínica por nível de CO avaliada pelo Teste de <i>Fagerström</i> 123 e pelo Teste de <i>Fagerström</i> 01	24
Tabela 16 - Dependência nicotínica por nível de CO (≤ 20 / > 20 (ppm))	24
Tabela 17 - Dependência nicotínica por nível de CO avaliada pelo Teste de HSI123 e pelo Teste de HSI01.....	25
Tabela 18 - Dependência nicotínica por nível de CO (≤ 20 / > 20 (ppm))	25

Lista de Acrónimos

CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CO	Monóxido de Carbono
CT	Cessação Tabágica
HSI	<i>High Smoking Index</i>
IC	Intervalo de Confiança
OR	Odds Ratio
Ppm	Partes por milhão
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UBI	Universidade da Beira Interior
UMA	Unidades Maço Ano
VASM	Escala Visual Analógica de Motivação

1. Introdução

A saúde pública tem na epidemia tabágica uma das maiores ameaças à saúde das populações.(1) O tabagismo é o mais importante fator de risco modificável para a morte prematura no mundo causando 5,4 milhões de mortes por ano. Espera-se que em 2030 cerca de 7,4 a 9,7 milhões de mortes serão atribuíveis ao tabagismo.(2)

A cessação tabágica (CT) é a medida mais eficaz a curto prazo para reduzir a mortalidade associada à epidemia tabágica (2, 3), considerada a principal causa evitável de morte e doença no mundo.(1, 4)

Os resultados do Eurobarómetro de 2012 revelaram que cerca de 61% dos fumadores tentaram parar de fumar e que 21% fizeram a tentativa nos 12 meses anteriores à pesquisa. A maioria dos que tentaram deixar de fumar nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito não recorreu a qualquer ajuda externa (66%).(5) Também um estudo desenvolvido por West *et al.* em 2004 revelou que apenas uma minoria dos fumadores que tentam parar de fumar recorre a um serviço de CT ou usa medicamentos específicos para deixar de fumar e que tal pode refletir a falta de confiança entre os fumadores no facto de estes tratamentos poderem constituir uma ajuda importante.(6) Independentemente dos motivos que levam a esta tendência, a não adesão a um programa de cessação prejudica muito o sucesso da mesma.(6)

A probabilidade de sucesso numa tentativa de CT depende de um balanço entre a motivação individual para deixar de fumar e o respetivo grau de dependência nicotínica. Esta última variável constitui um comportamento muito complexo influenciado por fatores ambientais e genéticos (7), sendo que a nicotina é a principal substância do tabaco que contribui para a adição apesar de fatores psicológicos também desempenharem um papel preponderante.(8) Por outro lado, a motivação para deixar de fumar é um determinante importante para a realização de tentativas de CT sendo fortemente influenciada pelo ambiente (6), e cujo incremento deve ser uma estratégia-alvo de todas as entrevistas motivacionais. Os profissionais de saúde devem sempre intervir, aconselhando a deixar de fumar e motivando para cessar, oferecendo apoio e referenciando a um programa. Esta intervenção clínica influencia a motivação do fumador ambivalente para cessar e pode promover a motivação para tentar, ou seja, levando a um aumento das tentativas.(9) Por sua vez, a dependência é especialmente importante em fumadores que querem parar de fumar, uma vez que influencia a escolha da intervenção,(6) além de constituir um importante determinante para a relação custo-eficácia dos programas de CT.(10) Assim sendo, a dinâmica entre estas duas variáveis determina a resolução do conflito do fumador, ambivalente e pouco confiante para cessar.

Neste contexto, é de crucial importância que os clínicos reconheçam a necessidade de avaliar estas duas variáveis e estejam motivados e capacitados para o fazer,(6) pois o

desenvolvimento de intervenções bem estruturadas e eficazes não é possível a não ser que se conheçam adequadamente os determinantes do sucesso de uma tentativa de CT.

A motivação para deixar de fumar e a dependência nicotínica podem ser alvo de políticas de saúde e de controlo de tabagismo. Medidas como o aumento do preço do tabaco, campanhas de educação para a saúde promovendo a cessação e a divulgação do apoio à mesma, restrição abrangente do comportamento tabágico nos locais públicos, acesso universal ao tratamento do tabagismo e formação diferenciada dos profissionais de saúde em CT, podem e devem ser implementadas com a finalidade de se incrementar a motivação para deixar de fumar. Por outro lado, não menos importante, é crucial a disponibilização de recursos e serviços de tratamento da dependência nicotínica.(2)

A realidade mostra ser difícil identificar outro problema que represente uma ameaça para a saúde tão significativa, em que existam intervenções tão eficazes e prontamente acessíveis e em que os serviços de saúde intervenham de forma tão inconsistente.(11)

Como tal é importante caracterizar a motivação e a dependência dos fumadores que recorrem a um programa de CT visando um planeamento adequado dos programas de tratamento e das políticas de controlo de tabagismo em Portugal.

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo geral

- Avaliar a dependência nicotínica e a motivação para deixar de fumar dos fumadores que recorrem à consulta de CT do CHCB, a relação entre essas duas variáveis e os fatores que lhe estão associados.

1.1.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a motivação e a dependência dos fumadores que recorrem à consulta de CT do CHCB;
- Relacionar os índices de motivação e de dependência;
- Identificar fatores associados à motivação e dependência (género, idade, educação, nível socioeconómico, duração do comportamento, comorbilidades, etc);
- Correlacionar o nível de CO com o resultado obtido no Teste de *Fagerström* e no *High Smoking Index* (HSI).

2. Metodologia de investigação

2.1. Tipo de 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.(12)

2.2. Local e população de estudo

A Covilhã é uma cidade do interior centro de Portugal com cerca de 36 mil habitantes. Apesar de a cidade ter crescido muito nos últimos anos muitas das pessoas que recorrem aos serviços de saúde são provenientes de zonas rurais pertencentes ao concelho da Covilhã.

A consulta de CT tem lugar quer no Centro de Saúde quer no CHCB sendo que os fumadores interessados têm facilidade de acesso a qualquer um dos programas.

O CHCB foi recentemente constituído um hospital universitário que conta, neste momento, com um total de 268 camas e 23 especialidades médicas.

A população deste estudo é constituída pelo total de fumadores seguidos na consulta de CT do CHCB no decorrer dos anos 2010, 2011 e 2012 (N=300). Trata-se de uma amostra de conveniência.

2.3. Amostra

A amostra considerada corresponde à população em estudo e engloba os doentes que utilizaram o serviço durante os anos 2010-2012. Excluíram-se os fumadores que não tinham o respetivo protocolo clínico devidamente preenchido.

A amostra final foi de 300 fumadores, dos quais 31,3% são do sexo feminino, com uma idade média de $47,7 \pm 11,97$ anos (14↔75).

2.4. Método de recolha de dados

Foi realizada a análise dos protocolos clínicos da consulta de CT do CHCB respeitantes aos anos 2010-2012. O protocolo clínico corresponde a um questionário estruturado desenvolvido

pelo Grupo de Trabalho de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Os protocolos são aplicados sistematicamente nas consultas, (Anexo 1). Trata-se de questionários auto-preenchidos e completados por entrevista direta durante as primeiras consultas com o médico da referida consulta.

Os questionários são extensos e incluem informação relativa a diversos aspetos.

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.

Relativamente às variáveis de comportamento e história tabágica foram avaliadas: idade de consumo do primeiro cigarro, idade de consumo regular, consumo diário de cigarros, carga tabágica, duração do comportamento tabágico, tipo de tabaco consumido, utilização de cigarro eletrónico e tentativas prévias de CT.

O grau de dependência nicotínica foi avaliado através de dois testes: Teste de *Fagerström* e *High Smoking Index* (Teste de HSI).

O grau de motivação para deixar de fumar foi avaliado por duas ferramentas: Teste de *Richmond* e Escala Visual Analógica de Motivação (VASM).

O nível de monóxido de carbono (CO), o qual pode ser utilizado como um indicador do consumo de tabaco (3), foi obtido e registado nos protocolos clínicos aquando da realização das respetivas consultas. A sua concentração pode ser obtida facilmente pedindo ao fumador que exale num aparelho medidor de CO. A unidade de medição é partes por milhão (ppm).

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 (Anexo 2).

O trabalho de campo decorreu entre outubro de 2013 e dezembro de 2013.

2.5. Análise de dados e métodos estatísticos

Os dados foram inseridos numa base de dados do *Microsoft Office Excel 2013*® e posteriormente transferidos para o programa estatístico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 21,0®, através do qual se realizou a análise.

Foi realizada análise descritiva uni e bivariável.

A idade foi agrupada em grupos etários de 14-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-75 anos. O nível de escolaridade foi agrupado em 5 categorias: 0, 1-4, 5-9, 10-12 e mais de 12 anos.

O *status* social foi determinado com base no nível de escolaridade e na ocupação do participante (Anexo 3).

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.

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

A duração do comportamento tabágico foi subdividida nas seguintes categorias: 1) 0 a 10 anos; 2) 11 a 20 anos; 3) 21 a 30 anos; 4) 31-40 anos; 5) ≥ 40 anos.

A dependência tabágica foi avaliada pelo Teste de *Fagerström* (valores entre 0 e 10 pontos) e pelo Teste de HSI (valores entre 0 a 6 pontos).

Para a análise do Teste de *Fagerström* os resultados foram agrupados de duas formas diferentes:

- Teste de *Fagerström*123: três níveis de dependência (<4 pontos = dependência baixa; 4-7 pontos = dependência moderada; >7 pontos = dependência elevada).
- Teste de *Fagerström*01: dois níveis de dependência (0-7 pontos = dependência baixa a moderada; 8-10 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 de duas formas diferentes:

- HSI123: três níveis de dependência (≤ 2 pontos = dependência baixa; 3-4 pontos = dependência moderada; >4 pontos = dependência elevada).
- HSI01: dois níveis de dependência (0-4 pontos = dependência baixa a moderada; 5-6 pontos = dependência elevada).

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 de duas formas diferentes:

- Teste de *Richmond*123: três níveis de motivação (0-6 pontos = motivação baixa; 7-9 pontos = motivação moderada; 10 pontos = motivação elevada).
- Teste de *Richmond*01: dois níveis de motivação (0-9 pontos = motivação baixa a 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 de duas formas diferentes:

- VASM123: três níveis de motivação (0-4 pontos = motivação baixa; 5-7 pontos = motivação moderada; 8-10 pontos = motivação elevada).
- VASM01: dois níveis de motivação (0-7 pontos = motivação baixa a moderada; 8-10 pontos = motivação elevada).

Todas as categorias atrás mencionadas para os testes utilizados na análise da dependência nicotínica e motivação para deixar de fumar foram estabelecidas pelos investigadores, com

exceção das categorias criadas para a análise da VASM as quais foram criadas de acordo com a distribuição dos fumadores pela variável, cuja mediana foi de 8.

O nível de CO foi subdividido nas seguintes categorias: 0) 0-6 ppm; 1) 7-10 ppm; 2) 11-20 ppm; 3) >20 ppm. Sob condições ambientais normais o valor de CO de um não fumador não deve exceder 4 ppm.(13)

A análise descritiva univariável e bivariável foi realizada utilizando-se os testes estatísticos de Qui-Quadrado e MacNemar para as variáveis categóricas e t de student e Mann-Whitney para as variáveis quantitativas.

As variáveis foram correlacionadas através dos coeficientes de correlação de Pearson e Spearman.

O nível de significância estatística foi de 5% ($p < 0,05$).

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 *Fagerström*01 e Teste de HSI01; motivação para deixar de fumar - Teste de *Richmond*01 e VASM01. As variáveis independentes foram aquelas que estiveram significativamente associadas às variáveis dependentes na análise bivariável tendo sido dicotomizadas em: sexo feminino/sexo masculino, idade ≤ 50 anos/idade > 50 anos, idade ≤ 55 anos/idade > 55 anos, escolaridade ≤ 9 anos/escolaridade > 9 anos, *status* 1 e 2/*status* 3, 4 e 5, duração do comportamento tabágico ≤ 25 anos/duração do comportamento tabágico > 25 anos, duração do comportamento tabágico ≤ 40 anos/duração do comportamento tabágico > 40 anos, fumadores sem história de consumo de outras substâncias aditivas/fumadores com história de consumo de outras substâncias aditivas.

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%].

3. Resultados

3.1. Caracterização sociodemográfica

A Tabela 1 apresenta a descrição sociodemográfica dos participantes. Participaram no estudo 300 fumadores; a maioria do sexo masculino, com uma idade média de $47,7 \pm 11,97$ anos. Do total da amostra, 15% (n=45) tinham menos de 35 anos.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica

		n	(n/300)%	(n/N)%
Género N=300	Feminino	94	31,3	
	Masculino	206	68,7	
Educação (anos) N=280	0	6	2,0	2,1
	1-6	90	30,0	32,1
	7-9	49	16,3	17,5
	10-12	81	27,0	28,9
	Mais de 12	54	18,0	19,3
Status social N=267	1	27	9,0	10,1
	2	46	15,3	17,2
	3	47	15,7	17,6
	4	88	29,3	33,0
	5	59	19,7	22,1
Salário N=231	Menos de 500€	74	24,7	32,0
	500€-749€	71	23,7	30,7
	750€-999€	24	8,0	10,4
	1000€-1249€	23	7,7	10,0
	1250€-1499€	6	2,0	2,6
	1500€-1749€	12	4,0	5,2
	1750€-1999€	3	1,0	1,3
	2000€-2249€	11	3,7	4,8
	2250€-2499€	1	0,3	0,4
	2500€ ou mais	6	2,0	2,6
Grupo etário (anos) N=300	14-24	5	1,7	
	25-34	40	13,3	
	35-44	75	25,0	
	45-54	81	27,0	
	55-64	75	25,0	
	65-75	24	8,0	
Idade (anos) N=300	Média		47,7	
	Mediana		47	
	Desv.-pad.		11,97	
	Mín.-máx.		14-75	

Relativamente à educação, 51,7% (n=145) dos participantes tinham, no máximo, o nono ano de escolaridade. Cerca de 55,1% (n=147) dos fumadores pertenciam ao *status social* 4 e 5.

3.2. Saúde

Apenas 18,0 % (54/300) dos fumadores declararam não ter qualquer comorbilidade. As alterações da saúde mental (depressão e/ou ansiedade) foram as patologias mais frequentemente relatadas, seguidas das dependências de outras substâncias com poder aditivo e doença respiratória crónica (Tabela 2).

Tabela 2 - Comorbilidades (N=246)

Comorbilidades	n	(n/246)%
Acidente vascular cerebral	20	8,1
Doença cardiovascular	85	34,6
Enfarte agudo do miocárdio	31	12,6
Doença respiratória crónica	91	37,0
Alteração de saúde mental	112	45,5
Depressão	96	39,0
Ansiedade	16	6,5
Dependências	85	43,6
Álcool	67	27,2
Drogas duras	9	3,7
Haxixe	18	7,3
Diabetes mellitus	27	11,0
Doença oncológica	14	5,7
Úlceras gastroduodenal	50	20,3
Doença arterial periférica	28	11,4
Dislipidémias	82	33,3

3.3. Comportamento tabágico

A média das idades de consumo do primeiro cigarro e do consumo regular foi de 14,9 \pm 4,08 e de 17,3 \pm 4,34 anos, respetivamente.

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o género e a idade de consumo regular ($p=0,001$): os homens iniciam o consumo regular, em média, aos 16,8 anos [IC 95%: 16,2 a 17,3] e as mulheres aos 18,5 anos [IC 95%:17,5 a 19,5].

O consumo diário de cigarros foi de 23,3 \pm 10,08, verificando-se uma relação estatisticamente significativa com o género ($p < 0,001$): as mulheres fumam, em média, 19,1 cigarros [IC 95%: 17,3 a 20,8] e os homens 25,2 [IC 95%:23,8 a 26,6].

Os fumadores apresentaram uma carga tabágica de 33,6 \pm 19,35 unidades maço ano (UMA), com um mínimo e máximo de 3 e 105, respetivamente.

Verificou-se que 4,7% (14/295) dos fumadores fumam há 10 ou menos anos, 44,4% (131/295) mantêm o comportamento desde há 11 até 30 anos e, a maioria, 51,9% (150/295), relatou fumar há pelo menos 31 ou mais anos.

Os fumadores podem consumir mais do que um tipo de tabaco. A maioria dos participantes, 93,1% (268/288), consome cigarros e 6,9% (20/288) relataram consumo de cigarros de enrolar, sendo que nenhum fumador declarou consumo exclusivo de outros tipos de tabaco, nomeadamente cigarrilhas, cachimbo, charuto e/ou cachimbo de água. O recurso exclusivo a cigarro eletrónico também não foi mencionado por nenhum dos fumadores. No entanto, 9,0% (27/288) dos fumadores declararam consumir também cigarrilhas, charuto e/ou cachimbo. Dos 300 participantes 0,7% (2/288) fizeram uso de cigarro eletrónico.

Em relação às tentativas prévias de CT, 75,9% (224/295) dos fumadores declararam já ter realizado pelo menos uma tentativa.

3.4. Dependência nicotínica e motivação para deixar de fumar

De acordo com o Teste de *Fagerström*123 verificou-se que a maioria dos fumadores, 59,2%, (168/284), apresentava dependência moderada, 27,5% (78/284) dependência elevada e 13,4% (38/284) dependência ligeira (Figura 1).

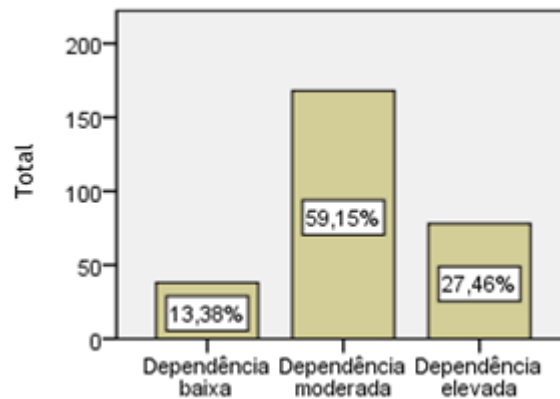


Figura 1 - Distribuição dos fumadores segundo a dependência nicotínica avaliada pelo Teste de *Fagerström*123

Segundo o Teste de HSI123 a maioria dos fumadores, 51,9% (148/285), apresentava dependência moderada, 27,0% (77/285) dependência elevada e 21,1% (60/285) dependência ligeira (Figura 2).

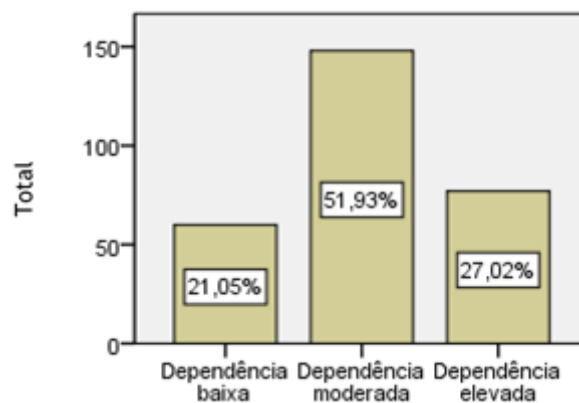


Figura 2 - Distribuição dos fumadores segundo a dependência nicotínica avaliada pelo Teste de HSI123

Quanto à motivação, avaliada pelo Teste de *Richmond*123, verificou-se que a maioria dos fumadores, 70,1% (197/281), apresentava motivação moderada, 16,4% (46/281) motivação baixa e 13,5% (38/281) motivação elevada (Figura 3).

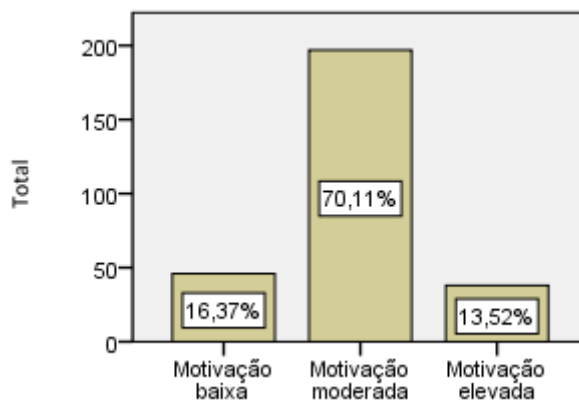


Figura 3 - Distribuição dos fumadores segundo a motivação para deixar de fumar avaliada pelo Teste de *Richmond*123

De acordo com a VASM123, verificou-se que a maioria dos fumadores, 55,5%, (156/281), apresentava motivação elevada, 35,9% (101/281) motivação moderada e 8,5% (24/281) motivação baixa (Figura 4).

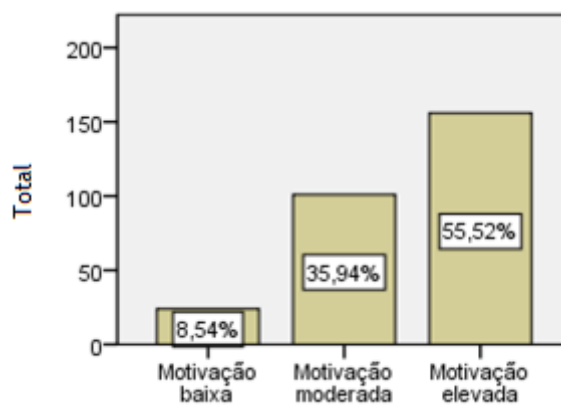


Figura 4 - Distribuição dos fumadores segundo a motivação para deixar de fumar avaliada pela VASM123

Na amostra analisada não se observou correlação entre o índice de motivação avaliado pelo Teste de *Richmond* e pela VASM e o nível de dependência avaliado pelo Teste de *Fagerström* e pelo Teste de HSI (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlações entre os testes de dependência nicotínica e os testes de motivação para deixar defumar

	Teste de <i>Fagerström</i>	Teste de HSI
Teste de <i>Richmond</i>	R= 0,018 p=0,762	R=0,054 p=0,369
VASM	R=0,013 p=0,835	R=0,023 p=0,696

3.5. Fatores associados à dependência nicotínica

3.5.1. Género

Independentemente do género a maioria dos participantes apresentava dependência moderada. No entanto, observou-se maior percentagem de fumadores do género masculino com dependência elevada (Tabela 4).

Tabela 4 - Dependência nicotínica por género avaliada pelo Teste de *Fagerström*123 e pelo Teste de *Fagerström*01

	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Teste de <i>Fagerström</i>123*						
Dependência baixa	15	16,5	23	11,9	38	13,4
Dependência moderada	58	63,7	110	57,0	168	59,2
Dependência elevada	18	19,8	60	31,1	78	27,5
Total	91	100,0	193	100,0	284	100,0
Teste de <i>Fagerström</i>01**						
Dependência baixa a moderada	73	80,2	133	68,9	206	72,5
Dependência elevada	18	19,8	60	31,1	78	27,5
Total	91	100,0	193	100,0	284	100,0

*p=0,115. **p=0,046.

Ambos os testes, HSI123 e HSI01, revelaram uma relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência nicotínica e o género, p=0,001 e p=0,014, respetivamente.

3.5.2. Idade

A dependência moderada foi mais frequente em todos os grupos etários.

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a dependência nicotínica, sendo que a percentagem de fumadores com dependência elevada aumenta com a idade (Tabela 5).

Reagrupando a idade em dois grupos etários (≤ 55 anos/ > 55 anos) verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre estes e a dependência nicotínica avaliada pelo Teste de *Fagerström*01. Cerca de 78,0% (156/200) dos fumadores com 55 ou menos anos apresentaram dependência baixa a moderada e 22,0% (44/200) dependência elevada. Entre os fumadores com mais de 55 anos, 59,5% (50/84) apresentaram dependência baixa a moderada e 40,5% (34/84) dependência elevada (p=0,001).

Não se observou uma relação estatisticamente significativa entre a dependência nicotínica avaliada pelo Teste de HSI01 e os referidos grupos etários ($p=0,553$).

Tabela 5 - Dependência nicotínica por grupo etário avaliada pelo Teste de *Fagerström*123 e pelo Teste de HSI123

	≤ 34 (anos)		35-54 (anos)		≥ 55 (anos)		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Teste de <i>Fagerström</i>123*								
Dependência baixa	7	15,9	25	16,6	6	6,7	38	13,4
Dependência moderada	30	68,2	90	59,6	48	53,9	168	59,2
Dependência elevada	7	15,9	36	23,8	35	39,3	78	27,5
Total	44	100,0	151	100,0	89	100,0	284	100,0
Teste de HSI123**								
Dependência baixa	15	34,1	38	25,2	7	7,8	60	21,1
Dependência moderada	21	47,7	71	47,0	56	62,2	148	51,9
Dependência elevada	8	18,2	42	27,8	27	30,0	77	27,0
Total	44	100,0	151	100,0	90	100,0	285	100,0

* $p=0,013$. ** $p=0,002$.

3.5.3. Educação

Verificou-se a existência de uma relação inversa entre o nível de escolaridade e a dependência nicotínica, quer pelo Teste de *Fagerström*123 quer pelo Teste de HSI123, que foi estatisticamente significativa (Tabela 6).

Tabela 6 - Dependência nicotínica por nível de escolaridade avaliada pelo Teste de *Fagerström*123 e pelo Teste de HSI123

	0-4 (anos)		5-9 (anos)		10-12 (anos)		> 12 (anos)		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Teste de <i>Fagerström</i>123*										
Dependência baixa	3	3,9	10	14,9	12	15,2	12	22,6	37	13,5
Dependência moderada	43	56,6	37	55,2	53	67,1	31	58,5	164	59,6
Dependência elevada	30	39,5	20	29,9	14	17,7	10	18,9	74	26,9
Total	76	100,0	67	100,0	79	100,0	53	100,0	275	100,0
Teste de HSI123**										
Dependência baixa	8	10,5	14	20,6	19	24,1	18	34,0	59	21,4
Dependência moderada	40	52,6	32	47,1	48	60,8	24	45,3	144	52,2
Dependência elevada	28	36,8	22	32,4	12	15,2	11	20,8	73	26,4
Total	76	100,0	68	100,0	79	100,0	53	100,0	276	100,0

* $p=0,006$. ** $p=0,005$.

Reagrupando o nível de escolaridade em dois grupos (≤ 9 anos/ > 9 anos) manteve-se a tendência observada inicialmente tendo-se verificado uma relação estatisticamente significativa entre estes e a dependência nicotínica avaliada pelo Teste de *Fagerström*01 e pelo Teste de HSI01.

Segundo o Teste de *Fagerström*01 cerca de 65,0% (93/143) dos fumadores com 9 ou menos anos de escolaridade apresentaram dependência baixa a moderada e 35,0% (50/143) dependência elevada. Entre os fumadores com mais de 9 anos de escolaridade 81,8% (108/132) apresentaram dependência baixa a moderada e 18,2% (24/132) dependência elevada ($p=0,002$).

De acordo com o Teste de HSI01 cerca de 65,3% (94/144) dos fumadores com 9 ou menos anos de escolaridade apresentaram dependência baixa a moderada e 34,7% (50/144) dependência elevada. Entre os fumadores com mais de 9 anos de escolaridade 82,6% (109/132) apresentaram dependência baixa a moderada e 17,4% (23/132) dependência elevada ($p=0,001$).

3.5.4. Status social

Verificou-se a existência de uma relação inversa entre o *status* social e a dependência nicotínica avaliada pelo Teste de *Fagerström*123 e pelo Teste de HSI123 que foi estatisticamente significativa (Tabela 7).

Tabela 7 - Dependência nicotínica por *status* social avaliada pelo Teste de *Fagerström*123 e pelo Teste de HSI123

	Status 1 e 2		Status 3 e 4		Status 5		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Teste de <i>Fagerström</i>123*								
Dependência baixa	16	22,9	12	9,0	6	10,3	34	13,0
Dependência moderada	41	58,6	83	61,9	32	55,2	156	59,5
Dependência elevada	13	18,6	39	29,1	20	34,5	72	27,5
Total	70	100,0	134	100,0	58	100,0	262	100,0
Teste HSI123**								
Dependência baixa	22	31,4	21	15,6	11	19,0	54	20,5
Dependência moderada	36	51,4	75	55,6	28	48,3	139	52,9
Dependência elevada	12	17,1	39	28,9	19	32,8	70	26,6
Total	70	100,0	135	100,0	58	100,0	263	100,0

* $p=0,029$. ** $p=0,047$.

Reagrupando o *status* social em dois grupos (*status* 1 e 2/ *status* 3, 4 e 5) verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre estes e a dependência nicotínica avaliada pelo Teste de HSI01. Cerca de 82,9% (58/70) dos fumadores pertencentes aos *status* 1 e 2 apresentaram dependência baixa a moderada e 17,1% (12/70) dependência elevada. Entre os fumadores pertencentes aos *status* 3, 4 e 5, 69,9% (135/193) apresentaram dependência baixa a moderada e 30,1% (58/193) dependência elevada ($p=0,036$).

Não se observou uma relação estatisticamente significativa entre a dependência nicotínica avaliada pelo Teste de *Fagerström*01 e os referidos grupos ($p=0,051$).

3.5.5. Duração do comportamento tabágico

A percentagem de fumadores com nível de dependência nicotínica elevado foi significativamente maior nos fumadores com maior duração do comportamento tabágico (Tabela 8).

Tabela 8 - Dependência nicotínica avaliada pelo Teste de *Fagerström*01 e pelo Teste de HSI01 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	87	81,3	116	67,4	203	72,8
Dependência elevada	20	18,7	56	32,6	76	27,2
Total	107	100,0	172	100,0	279	100,0
Teste de HSI01**						
Dependência baixa a moderada	86	80,4	119	68,8	205	73,2
Dependência elevada	21	19,6	54	31,2	75	26,8
Total	107	100,0	173	100,0	280	100,0

* $p=0,011$. ** $p=0,033$.

3.5.6. Comorbilidades

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o consumo de outras substâncias com propriedades aditivas e o nível de dependência nicotínica, sendo este maior nos fumadores que são ou já foram consumidores desse tipo de substâncias (Tabela 9). Na amostra em estudo não se observou qualquer relação entre a presença de outras comorbilidades e a dependência nicotínica.

Avaliação da motivação para deixar de fumar
e da dependência nicotínica num programa de cessação tabágica

Tabela 9 - Dependência nicotínica avaliada pelo Teste de *Fagerström*123 e pelo Teste de HSI123 e consumo de outras substâncias aditivas

	Fumadores sem história de consumo		Fumadores com história de consumo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Teste de <i>Fagerström</i>123*						
Dependência baixa	25	16,3	6	7,4	31	13,2
Dependência moderada	92	60,1	46	56,8	138	59,0
Dependência elevada	36	23,5	29	35,8	65	27,8
Total	153	100,0	81	100,0	234	100,0
Teste HSI123**						
Dependência baixa	38	24,8	6	7,3	44	18,7
Dependência moderada	83	54,2	45	54,9	128	54,5
Dependência elevada	32	20,9	31	37,8	63	26,8
Total	153	100,0	82	100,0	235	100,0

*P=0,046. **P=0,001.

O Teste de *Fagerström*01 e o Teste de HSI01 revelaram a mesma tendência, a qual foi estatisticamente significativa.

De acordo com o Teste de *Fagerström*01 os fumadores sem história de consumo de outras substâncias apresentaram em 76,5% (117/153) dependência baixa a moderada e em 23,5% (36/153) dependência elevada. Os fumadores com história de outros consumos apresentaram em 64,2% (52/81) dependência baixa a moderada e em 35,8% (29/81), (p=0,046).

Segundo o Teste de HSI01 os fumadores sem história de consumo de outras substâncias apresentaram em 79,1% (121/153) dependência baixa a moderada e em 20,9% (32/153) dependência elevada. Os fumadores com história de outros consumos apresentaram em 62,2% (51/81) dependência baixa a moderada e em 37,8% (31/81) dependência elevada, (p=0,005).

3.6. Fatores associados à motivação para deixar de fumar

3.6.1. Género

Os homens apresentaram índices maiores de motivação elevada para deixar de fumar comparativamente às mulheres sendo a relação entre a motivação e o género estatisticamente significativa (Tabela 10).

Tabela 10 - Motivação para deixar de fumar por género avaliada pela VASM123 e pela VASM01

	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%
VASM123*						
Motivação baixa	10	11,1	14	7,3	24	8,5
Motivação moderada	41	45,6	60	31,4	101	35,9
Motivação elevada	39	43,3	117	61,3	156	55,5
Total	90	100,0	191	100,0	281	100,0
VASM01**						
Motivação baixa a moderada	51	56,7	74	38,7	125	44,5
Motivação elevada	39	43,3	117	61,3	156	55,5
Total	90	100,0	191	100,0	281	100,0

*p=0,019. **p=0,005.

Não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre o género e a motivação para deixar de fumar avaliada pelos Testes de *Richmond123* e *Richmond01* (p=0,577 e p=0,445, respetivamente).

3.6.2. Idade

Não se observou relação entre a idade e a motivação para deixar de fumar avaliada pelo Teste de *Richmond123* e pela VASM123 (Tabela 11).

Obteve-se o mesmo resultado analisando a motivação pelo Teste de *Richmond01* e pela VASM01.

Avaliação da motivação para deixar de fumar
e da dependência nicotínica num programa de cessação tabágica

Tabela 11 - Motivação para deixar de fumar por grupo etário avaliada pelo *Teste de Richmond123* e pela VASM123

	≤ 34 (anos)		35-54 (anos)		≥ 55 (anos)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Teste de <i>Richmond123</i>*								
Motivação baixa	4	9,3	28	18,5	14	16,1	46	16,4
Motivação moderada	34	73,1	106	70,2	57	65,5	197	70,1
Motivação elevada	5	11,6	17	11,3	16	18,4	38	13,5
Total	43	100,0	151	100,0	87	100,0	281	100,0
VASM123**								
Motivação baixa	3	6,8	16	10,7	5	5,7	24	8,5
Motivação moderada	18	40,9	59	39,3	24	27,6	101	35,9
Motivação elevada	23	52,3	75	50,0	58	66,7	156	55,5
Total	44	100,0	150	100,0	87	100,0	281	100,0

*p=0,318. **p=0,132.

Reagrupando a idade em dois grupos etários (≤ 50 anos / > 50 anos) verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre estes e a motivação para deixar de fumar.

Segundo o Teste de *Richmond01* cerca de 90,9% (150/165) dos fumadores com 50 ou menos anos apresentaram motivação baixa a moderada e 9,1% (15/165) motivação elevada. Entre os fumadores com mais de 50 anos, 80,2% (93/116) apresentaram motivação baixa a moderada e 19,8% (23/116) motivação elevada (p=0,010).

De acordo com a VASM01 cerca de 53,3% (88/165) dos fumadores com 50 ou menos anos apresentaram motivação baixa a moderada e 46,7% (77/165) motivação elevada. Entre os fumadores com mais de 50 anos, 31,9% (37/116) apresentaram motivação baixa a moderada e 68,1% (79/116) motivação elevada (p < 0,001).

3.6.3. Educação

Verificou-se, através da VASM123 e VASM01, que os fumadores com menores níveis educacionais apresentaram maiores índices de motivação elevada para deixar de fumar, ou seja, uma relação inversa entre o nível de escolaridade e a motivação para deixar de fumar que é estatisticamente significativa (Tabela 12).

A relação entre o nível de educação e a motivação para deixar de fumar avaliada pelo Teste de *Richmond123* e Teste de *Richmond01* não foi estatisticamente significativa (p=0,735 e p=0,795, respetivamente).

Avaliação da motivação para deixar de fumar
e da dependência nicotínica num programa de cessação tabágica

Tabela 12 - Motivação para deixar de fumar por nível de escolaridade avaliada pela VASM123 e VASM01

	0-4 (anos)		5-9 (anos)		10-12 (anos)		> 12 (anos)		Total	
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%
VASM123*										
Motivação baixa	7	9,7	3	4,5	8	10,0	3	5,7	21	7,7
Motivação moderada	11	15,3	30	44,8	32	40,0	25	47,2	98	36,0
Motivação elevada	54	75,0	34	50,7	40	50,0	25	47,2	153	56,3
Total	72	100,0	67	100,0	80	100,0	53	100,0	272	100,0
VASM01**										
Motivação baixa a moderada	18	25,0	33	49,3	40	50,0	28	52,8	119	43,8
Motivação elevada	54	75,0	34	50,7	40	50,0	25	47,2	153	56,3
Total	72	100,0	67	100,0	80	100,0	53	100,0	272	100,0

*p=0,002. **p=0,003.

Reagrupando o nível educacional em dois grupos ($\leq 9 / > 9$ (anos)), obteve-se uma relação estatisticamente significativa entre estes e a motivação para deixar de fumar avaliada pela VASM01. Entre os fumadores com 9 ou menos anos de escolaridade 36,7% (51/139) apresentaram motivação baixa a moderada e 63,3% (88/139) motivação elevada. Aqueles com mais de 9 anos de escolaridade apresentaram motivação baixa a moderada em 51,1% (68/133) e motivação elevada em 48,9% (65/133), ($p=0,016$).

A mesma análise pela VASM123 revelou resultados semelhantes ($p=0,05$).

3.6.4. Status social

O *status* 5 é aquele que apresenta maior percentagem de fumadores com motivação elevada para deixar de fumar. A maioria dos fumadores pertencentes aos *status* 1 e 2 e ao *status* 5 apresentaram motivação elevada. Os fumadores pertencentes aos *status* 3 e 4 apresentaram maioritariamente motivação moderada a elevada (Tabela 13).

Tabela 13 - Motivação para deixar de fumar por *status* social avaliada pela VASM123

	<i>Status</i> 1 e 2		<i>Status</i> 3 e 4		<i>Status</i> 5		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
VASM123*								
Motivação baixa	4	5,6	11	8,3	6	10,7	21	8,1
Motivação moderada	25	35,2	57	43,2	10	17,9	92	35,5
Motivação elevada	42	59,2	64	48,5	40	71,4	146	56,4
Total	71	100,0	132	100,0	56	100,0	259	100,0

*p=0,018.

Os resultados obtidos pela VASM01 foram semelhantes e $p=0,013$.

Não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre a motivação para deixar de fumar avaliada pelos Testes de *Richmond123* e *Richmond01* e o *status* social ($p=0,246$ e $p=0,416$, respetivamente).

3.6.5. Duração do comportamento tabágico

Reagrupando os fumadores de acordo com a duração do comportamento tabágico em dois grupos ($\leq 25 / > 25$ (anos)) e avaliando a motivação para deixar de fumar pela VASM123 e VASM01 obteve-se uma relação estatisticamente significativa entre a duração do comportamento e a motivação, sendo que os fumadores que fumam há mais tempo apresentaram maiores índices de motivação elevada para deixar de fumar comparativamente aqueles que mantêm o comportamento há 25 ou menos anos. (Tabela 14).

Tabela 14 - Motivação para deixar de fumar avaliada pela VASM123 e VASM01 em função da duração do comportamento tabágico

	≤ 25 (anos)		> 25 (anos)		Total	
	n	%	n	%	n	%
VASM123*						
Motivação baixa	8	7,5	15	8,9	23	8,3
Motivação moderada	49	45,8	51	30,2	100	36,2
Motivação elevada	50	46,7	103	60,9	153	55,4
Total	107	100,0	169	100,0	276	100,0
VASM01**						
Motivação baixa a moderada	57	53,3	66	39,1	123	44,6
Motivação elevada	50	46,7	103	60,9	153	55,4
Total	107	100,0	169	100,0	276	100,0

* $p=0,031$. ** $p=0,021$.

Não se observou uma relação estatisticamente significativa entre a duração do comportamento tabágico e a motivação para deixar de fumar avaliada pelos Testes de *Richmond123* e *Richmond01* ($p=0,404$ e $p=0,210$, respetivamente).

3.6.6. Comorbilidades

Na amostra em estudo não se observou qualquer relação entre a presença de comorbilidades e a motivação para deixar de fumar.

3.7. Nível de monóxido de carbono e resultado dos testes de dependência nicotínica

3.7.1. Teste de *Fagerström*

A relação entre a dependência nicotínica avaliada pelo Teste de *Fagerström* e o nível de CO é apresentada na Tabela 15.

Tabela 15 - Dependência nicotínica por nível de CO avaliada pelo Teste de *Fagerström*123 e pelo Teste de *Fagerström*01

	0-6 (ppm)		7-10 (ppm)		11-20 (ppm)		>20 (ppm)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Teste de <i>Fagerström</i>123*										
Dependência baixa	8	17,0	7	13,5	14	13,0	1	2,7	30	12,3
Dependência moderada	31	66,0	37	71,2	65	60,2	20	54,1	153	62,7
Dependência elevada	8	17,0	8	15,4	29	26,9	16	43,2	61	25,0
Total	47	100,0	52	100,0	108	100,0	37	100,0	244	100,0
Teste de <i>Fagerström</i>01**										
Dependência baixa	39	83,0	44	84,6	79	73,1	21	56,8	183	75,0
Dependência moderada a elevada	8	17,0	8	15,4	29	26,9	16	43,2	61	25,0
Total	47	100,0	52	100,0	108	100,0	37	100,0	244	100,0

*p=0,041. **p=0,012.

Um fumador com dependência elevada no Teste de *Fagerström*01 tem um probabilidade 2,7 vezes maior de apresentar um teste de CO >20 ppm do que um fumador com dependência leve a moderada [IC 95%: 1,3 a 5,7] (Tabela 16).

Tabela 16 - Dependência nicotínica por nível de CO (≤ 20 / > 20 (ppm))

	≤ 20 (ppm)		> 20 (ppm)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Teste de <i>Fagerström</i>123*						
Dependência baixa	29	14,0	1	2,7	30	12,3
Dependência moderada	133	64,3	20	54,1	153	62,7
Dependência elevada	45	21,7	16	43,2	61	25,0
Total	207	100,0	37	100,0	244	100,0
Teste de <i>Fagerström</i>01**						
Dependência baixa a moderada	162	78,3	21	56,8	183	75,0
Dependência elevada	45	21,7	16	43,2	61	25,0
Total	207	100,0	37	100,0	244	100,0

*p=0,008. **p=0,005.

3.7.2. Teste de HSI

A relação entre a dependência nicotínica avaliada pelo Teste de HSI e o nível de CO é apresentada na Tabela 17.

Tabela 17 - Dependência nicotínica por nível de CO avaliada pelo Teste de HSI123 e pelo Teste de HSI01

	0-6 (ppm)		7-10 (ppm)		11-20 (ppm)		>20 (ppm)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Teste de HSI123*										
Dependência baixa	12	25,0	19	36,5	17	15,7	3	8,1	51	20,8
Dependência moderada	27	56,3	25	48,1	63	58,3	14	37,8	129	52,7
Dependência elevada	9	18,8	8	15,4	28	25,9	20	54,1	65	26,5
Total	48	100,0	52	100,0	108	100,0	37	100,0	245	100,0
Teste de HSI01**										
Dependência baixa	39	81,3	44	84,6	80	74,1	17	45,9	180	73,5
Dependência moderada a elevada	9	18,8	8	15,4	28	25,9	20	54,1	65	26,5
Total	48	100,0	52	100,0	108	100,0	37	100,0	245	100,0

*p<0,001. **p<0,001.

Um fumador com dependência elevada no HSI01 tem um probabilidade 4,3 vezes maior de apresentar um teste de CO>20 ppm do que um fumador com dependência leve a moderada [IC 95%: 2,1 a 8,8] (Tabela 18).

Tabela 18 - Dependência nicotínica por nível de CO (≤ 20 / > 20 (ppm))

	≤ 20 (ppm)		> 20 (ppm)		Total	
	n	%	n	%	n	%
HSI123*						
Dependência baixa	48	23,1	3	8,1	51	20,8
Dependência moderada	115	55,3	14	37,8	129	52,7
Dependência elevada	45	21,6	20	54,1	65	26,5
Total	208	100,0	37	100,0	245	100,0
HSI01**						
Dependência baixa a moderada	163	78,4	17	45,9	180	73,5
Dependência elevada	45	21,6	20	54,1	65	26,5
Total	208	100,0	37	100,0	245	100,0

*p <0,001. ** p <0,001.

3.8. Análise de regressão logística múltipla

A análise multivariável mostrou que as únicas variáveis que influenciavam significativamente a dependência nicotínica eram a idade (OR idade >55 anos: 2,22; [IC 95%: 1,3 a 4,0]; $p=0,007$) e o nível educacional (OR educação ≤ 9 anos: 2,03; [IC 95%: 1,1 a 3,6]; $p=0,017$). Os fumadores mais velhos ou com menor instrução apresentavam os níveis de dependência mais elevados.

A análise multivariável mostrou que a única variável que influenciava a motivação para deixar de fumar era a idade (OR idade >50anos: 2,44; [IC 95%= 1,5 a 4,0]; $p < 0,001$). Os fumadores com mais de 50 anos tinham uma probabilidade 2,4 vezes maior para apresentar motivação elevada para deixar de fumar comparativamente a fumadores mais novos.

4. Discussão

4.1. Discussão de resultados

O presente estudo avalia e caracteriza a dependência nicotínica e a motivação para deixar de fumar dos fumadores que recorreram à consulta de CT do CHCB durante os anos de 2010-2012, bem como a relação entre essas duas variáveis e os fatores que lhe estão associados.

Relativamente às variáveis que dizem respeito ao comportamento tabágico verificou-se que os homens iniciam o consumo regular mais cedo do que as mulheres (em média, 16,8 anos vs. 18,5 anos, $p=0,001$) e consomem maior número de cigarros diariamente (em média 25,2 cigarros/dia vs. 19,1 cigarros/dia, $p<0,001$). Estes resultados estão de acordo com aquilo que é descritos noutros estudos (14) e refletem o facto de muitos fumadores, em particular os mais jovens, estarem expostos a ambientes de tabagismo onde se fomenta a pressão social pelos pares.(15) Sendo a iniciação do comportamento tabágico um processo maioritariamente resultante de influência social (16), é importante investir no desenvolvimento de políticas de controlo de tabagismo eficazes e abrangentes que limitem cada vez mais o número de espaços de exposição ao ambiente tabágico, bem como aumentar o preço do tabaco, proibir totalmente a promoção e publicidade deste produto e reduzir o acesso de venda aos jovens.

É conhecida a relação entre tabagismo e depressão avançada por alguns estudos epidemiológicos,(17-19) embora não por outros.(20, 21) Tendo em conta a elevada prevalência de depressão na amostra do estudo, 39,0% (96/246), poder-se-ia esperar a existência de uma relação semelhante. No entanto, a presença de comorbilidades em geral e de problemas do foro mental em particular, não esteve associada a maiores índices de dependência nicotínica ou a menor motivação para deixar de fumar.

A análise bivariável revelou que o consumo prévio ou atual de outras substâncias com poder aditivo, inclusive álcool, se associa estatística e positivamente à dependência nicotínica, o que está de acordo com o demonstrado noutro estudo.(22)

A dependência nicotínica foi maioritariamente moderada a elevada. Níveis elevados de dependência nicotínica foram igualmente descritos em diversos estudos realizados no âmbito de programas de CT.(23, 24) Os níveis de dependência reportados nos fumadores que recorrem a um programa de CT são superiores aos descritos na literatura para amostras de base populacional.(3) Esse resultado é reflexo de uma população de fumadores consciente da sua elevada dependência nicotínica e que procura auxílio em programas de CT.

Os resultados obtidos em relação à motivação para deixar de fumar foram diferentes para os dois testes utilizados. Segundo o Teste de *Richmond*(123) a maioria dos fumadores apresentou motivação moderada mas, por sua vez, de acordo com a *VASM*(123) a maioria apresentou motivação elevada. Uma explicação para este achado pode estar relacionada com as

categorias padronizadas para o Teste de *Richmond* em que a categoria "motivação elevada" corresponde apenas ao valor máximo possível do teste - 10. A estratificação diferente dos fumadores segundo os diferentes níveis de motivação pelos dois testes pode, em parte, justificar as diferenças nos resultados encontrados em relação aos fatores associados à motivação.

Esforços no sentido de incrementar a motivação para deixar de fumar nunca são excessivos uma vez que as tentativas para deixar de fumar são mais prováveis quando é atingido um nível suficientemente alto de motivação (25), sendo que esta pode variar consideravelmente com o tempo e ser fortemente influenciada pelo ambiente. Segundo Williams *et al.*, os fumadores que apresentam baixa motivação para deixar de fumar poderiam beneficiar de aconselhamento sobre os graves problemas de saúde causados pelo tabagismo.(26)

Neste estudo não se observou a presença de uma correlação entre os índices de dependência nicotínica e motivação para deixar de fumar. Este resultado é discordante em relação a alguns estudos que apontam para uma relação inversa entre estas duas variáveis, ou seja, os fumadores mais dependentes estão menos motivados para deixar de fumar.(6, 14) Esta tendência pode dever-se ao facto de os fumadores mais dependentes estarem mais conscientes da sua dependência em relação a uma substância altamente aditiva e, dessa forma, terem menos autoconfiança na sua capacidade para deixar de fumar. Por outro lado, sendo a população-alvo deste estudo os fumadores que recorrem a uma consulta de CT, estes estão mais motivados para deixar de fumar, independentemente dos fatores que os motivam a procurar o serviço, comparativamente àqueles que integram as amostras de base populacional de outros estudos e que não têm intenção, pelo menos tão imediata, de realizar uma tentativa de CT. Desta forma, tratando-se de uma amostra com uma motivação mais elevada a relação entre esta variável e a dependência nicotínica pode ter deixado de ser notória. Segundo alguns investigadores acresce o facto de que aquilo que os fumadores dizem sobre o seu desejo de parar, especialmente numa entrevista clínica, pode não refletir com precisão seus sentimentos genuínos.(6) Importa ainda salientar que a amostra envolveu fumadores com um nível de escolaridade relativamente baixo, 51,8% dos participantes tinham, no máximo, o nono ano, pelo que o preenchimento dos questionários pode, por vezes, não ter sido adequadamente realizado.

Os principais determinantes de saúde são, na verdade, os fatores socioeconómicos (27, 28) e neste estudo foram vários os fatores associados à dependência nicotínica e à motivação para deixar de fumar quando realizada a análise bivariável.

Os homens apresentaram índices de dependência mais elevados do que as mulheres, resultado que não surpreende e vai de encontro àquilo que é descrito na literatura.(14, 29) Por sua vez, no que respeita à motivação para deixar de fumar, um dos testes utilizado para avaliar essa variável, a VASM123, mostrou que os homens se encontram mais motivados para o fazer, o

que é contrário ao demonstrado em alguns estudos que não conseguiram identificar diferenças na motivação entre o género.(14, 30, 31)

A idade revelou-se significativamente associada à dependência nicotínica sendo que os fumadores mais velhos se revelaram mais dependentes que os fumadores mais novos, o que está de acordo com ao descrito num estudo recentemente conduzido (10). No que respeita à motivação para deixar de fumar, os fumadores com mais de 50 anos mostraram-se muito mais motivados comparativamente aos mais jovens contrariamente ao que é apontado por alguns estudos.(6, 14, 32, 33) Uma possível explicação para este resultado é o facto de um considerável número de fumadores procurar a consulta de CT pró-ativamente pelo que a motivação para deixar de fumar dos fumadores em causa pode ser mais elevada comparativamente à dos fumadores que não estão interessados em deixar de fumar.

O nível de escolaridade revelou-se inversamente relacionado com a dependência nicotínica e com a motivação e essa relação foi estatisticamente significativa. Tal como no estudo desenvolvido por Siahpush *et al.*,(32) os fumadores com menor nível de escolaridade foram aqueles que demonstraram maiores índices de dependência nicotínica. No entanto, contrariamente ao demonstrado nesse estudo, esses mesmos fumadores foram aqueles que mais motivados se mostraram para deixar de fumar.

No que respeita ao *status* social, em parte reflexo do nível de escolaridade dos fumadores, de forma não surpreendente, os resultados obtidos foram idênticos aos atrás mencionados relativamente ao nível de escolaridade.

A duração do comportamento tabágico revelou-se positiva e estatisticamente associada à dependência nicotínica, ou seja, os fumadores que mantêm o comportamento tabágico há mais tempo são os mais dependentes. Por outro lado, a duração do comportamento também se mostrou positiva e estatisticamente associada à motivação para deixar de fumar o que pode ser uma consequência da idade, ou seja, os fumadores com maior duração do comportamento são mais velhos e o aumento da idade, por si, é um fator associado a maior motivação como previamente descrito ou, por outro lado, os fumadores que mantêm o comportamento há mais tempo estão mais conscientes do prejuízo que este implica para a sua saúde mostrando-se mais recetivos à cessação. Este achado revela que os fumadores com maior duração do comportamento tabágico estão cientes da importância da cessação do mesmo e estão motivados para o fazer mas o seu elevado grau de dependência fá-los permanecer resignados à manutenção do comportamento.

Apesar de a análise bivariável ter revelado as relações previamente descritas, a investigação dos fatores preditores de dependência nicotínica e motivação para deixar de fumar através da análise de regressão logística multivariável, demonstrou que apenas a idade e o nível educacional foram significativamente associados à dependência nicotínica. Relativamente à motivação para deixar de fumar apenas o fator idade esteve significativamente relacionado com esta variável.

À semelhança do revelado noutro estudo (34), o resultado obtido nos testes utilizados para avaliação da dependência nicotínica relacionou-se positiva e significativamente com o valor de CO obtido no ar exalado pelos fumadores. No entanto, o Teste de HSI, comparativamente ao Teste de *Fagerström*, revelou ter um valor preditivo superior, sendo que os fumadores com uma avaliação de dependência moderada a elevada apresentam uma probabilidade 4,3 vezes superior de obter um resultado no teste de CO>20 ppm, comparativamente àqueles com dependência baixa. Esse valor foi apenas de 2,7 para o Teste de *Fagerström*. Já o estudo desenvolvido por Kozlowski *et al.*,(34) evidenciou que quanto menos extensos são os testes para avaliação da dependência mais fiáveis são.

4.2. Limitações do estudo

As limitações de um estudo transversal não permitem inferir causalidade.

Tratando-se de um estudo baseado numa amostra de fumadores que recorre a uma consulta de CT os resultados são influenciados por particularidades inerentes à própria região e, não sendo um estudo de base multicêntrica, surgem limitações para a generalização dos resultados. No entanto, existindo poucos estudos em Portugal no âmbito da CT, revela-se de extrema importância na retirada de ilações muito úteis para a prática clínica e organização dos programas de CT.

Alguma informação presente nos protocolos clínicos é ambígua e difícil de codificar podendo levar a erros de interpretação. Além disso, existem alguns *missings* nos protocolos que resultam em perda de informação e falta de rigor na avaliação dos resultados da consulta.

Cerca de 55,1% dos participantes pertencem aos *status* sociais 4 e 5 (os mais baixos), o que pode ter contribuído para algumas limitações na perceção daquilo que era pretendido em determinadas questões dando origem a respostas menos fidedignas.

Importa salientar que o CO tem uma meia-vida de 4 horas (13) e, como tal, o valor obtido numa avaliação de ar exalado é muito influenciado pelo tempo decorrido desde o consumo do último cigarro. Além disso, fumadores com idêntico grau de dependência nicotínica podem ter fumado o seu último cigarro antes da consulta em intervalos muito diferentes, por diversos fatores, incluindo a própria vinda à consulta. Estes fenómenos podem de certa forma ter influenciado os resultados obtidos e conduzir a viés.

5. Conclusão e implicações

Este estudo demonstra que apesar de a maioria dos fumadores que recorrem a uma consulta de CT se demonstrar moderada a altamente motivada para deixar de fumar, a dependência nicotínica dos mesmos é significativa. Os fumadores mais jovens são os que apresentam menor dependência mas estão menos motivados para cessar. Os fumadores mais velhos ou com menor nível de instrução são os mais dependentes.

Segundo alguns estudos (6, 35), o grau de motivação parece desempenhar um papel relativamente pequeno no sucesso de uma tentativa de CT e, na verdade, uma vez realizada uma tentativa, o nível de dependência constitui um determinante muito mais forte de sucesso. Neste sentido, além do domínio das competências de entrevista motivacional, todos os clínicos que atuam na área da CT devem conhecer a importância de um tratamento eficaz da dependência nicotínica, nomeadamente da importância do tratamento farmacológico para o sucesso da CT. Nas intervenções breves deve ser recomendada a utilização de terapêutica farmacológica e explicada a grande aditividade do tabaco.

As políticas de controlo de tabagismo, para além de privilegiarem estratégias abrangentes para prevenir a iniciação nos jovens, devem incentivar os mesmos a cessar, através do aumento do preço do tabaco, por exemplo; mas também através de programas de educação para a saúde eficazes e dirigidos a este grupo-alvo. Estes programas deverão abordar e realçar a menor duração do comportamento e a menor duração da dependência como fatores preditivos de sucesso da cessação, para além dos benefícios para a saúde ao deixarem de fumar mais cedo. É particularmente importante compreender qual a melhor abordagem/estratégia para aumentar a motivação dos jovens para cessar. Os decisores políticos e os sistemas de saúde devem implementar políticas de controlo de tabagismo que promovam a CT, bem como garantir o acesso ao tratamento, incluindo esquemas de comparticipação do tratamento farmacológico e comportamental.

Todos os fumadores devem ter acesso a programas de cessação eficazes sendo importante realçar a necessidade de se desenvolverem programas intensivos e personalizados que vão de encontro às necessidades de apoio comportamental e farmacológico dos fumadores mais dependentes. De facto esse subgrupo de fumadores é o que mais necessita de redes de apoio bem estruturadas devendo ser um alvo importante das vias de referência aos programas de CT.(36)

A questão do custo-efetividade dos programas de CT tem sido alvo de discussão e há estudos que apontam para taxas de absentismo na segunda consulta de CT na ordem dos 40%.(9, 24, 37) Importa realçar a necessidade da comparticipação dos fármacos (o aconselhamento comportamental é gratuito em Portugal, uma vez que os fumadores não pagam taxas moderadoras), a fim de se atingirem taxas elevadas de adesão ao programa terapêuticos e,

consequentemente, de abstinência tabágica, as quais são determinantes do sucesso dos programas.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Tobacco. Fact Sheet N°339 [Internet]. 2013 [update May 2012; accessed October 2013]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>.
2. World Health Organization. MPOWER. WHO Report on The Global Tobacco Epidemic, 2008. Geneve, 2008.
3. Tonnesen P, Carrozzi L, Fagerstrom KO, Gratziou C, Jimenez-Ruiz C, Nardini S, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *The European respiratory journal*. 2007;29(2):390-417.
4. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60.
5. European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 385. TNS opinion & social, 2012. Accessed January 2013. Available from: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_en.pdf.
6. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;328(7435):338-9.
7. Batra V, Patkar AA, Berrettini WH, Weinstein SP, Leone FT. The genetic determinants of smoking. *Chest*. 2003;123(5):1730-9.
8. Watkins SS, Koob GF, Markou A. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2000;2(1):19-37.
9. 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.
10. Nakamura K, Sakurai M, Miura K, Morikawa Y, Nagasawa SY, Ishizaki M, et al. Nicotine dependence and cost-effectiveness of individualized support for smoking cessation: evidence from practice at a worksite in Japan. *PLoS one*. 2013;8(1):e55836.
11. Direcção Geral da Saúde. Cessação Tabágica: Programa-tipo de actuação; Dezembro 2007.

12. Aguiar P. Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS. 1ª edição. Lisboa. 2007.
13. Javors MA, Hatch JP, Lamb RJ. Cut-off levels for breath carbon monoxide as a marker for cigarette smoking. *Addiction* (Abingdon, England). 2005;100(2):159-67.
14. Marques-Vidal P, Melich-Cerveira J, Paccaud F, Waeber G, Vollenweider P, Cornuz J. Prevalence and factors associated with difficulty and intention to quit smoking in Switzerland. *BMC public health*. 2011;11:227.
15. Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American journal of public health*. 1996;86(2):214-20.
16. Horn K, Fernandes A, Dino G, Massey CJ, Kalsekar I. Adolescent nicotine dependence and smoking cessation outcomes. *Addictive behaviors*. 2003;28(4):769-76.
17. Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M, Vestbo J. Predictors of smoking reduction and cessation in a cohort of danish moderate and heavy smokers. *Prev Med*. 2001;33(1):46-52.
18. Dierker LC, Avenevoli S, Stolar M, Merikangas KR. Smoking and depression: an examination of mechanisms of comorbidity. *The American journal of psychiatry*. 2002;159(6):947-53.
19. Hughes JR. Comorbidity and smoking. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 1999;1 Suppl 2:S149-52; discussion S65-6.
20. Black DW, Zimmerman M, Coryell WH. Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*. 1999;11(3):129-36.
21. Covey LS HD, Glassman AH, Blazer DG, George LK. Eversmoking, quitting, and psychiatric disorders: evidence from the Durham, North Carolina, epidemiologic catchment area. *Tobacco control*. 1994;3:222-7.
22. Hays JT, Croghan IT, Schroeder DR, Burke MV, Ebbert JO, McFadden DD, et al. Residential treatment compared with outpatient treatment for tobacco use and dependence. *Mayo Clinic proceedings Mayo Clinic*. 2011;86(3):203-9.
23. Nerin I, Crucelaegui A, Mas A, Guillen D. [Profile of smokers who seek treatment at a smoking cessation clinic]. *Archivos de bronconeumologia*. 2003;39(7):298-302.
24. Aguiar M, Todo-Bom F, Felizardo M, Macedo R, Caeiro F, Sotto-Mayor R, et al. Four years' follow up at a smoking cessation clinic. *Revista portuguesa de pneumologia*. 2009;15(2):179-97.

25. Zhou X, Nonnemaker J, Sherrill B, Gilsean AW, Coste F, West R. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive behaviors*. 2009;34(4):365-73.
26. Williams RJ, Herzog TA, Simmons VN. Risk perception and motivation to quit smoking: a partial test of the Health Action Process Approach. *Addictive behaviors*. 2011;36(7):789-91.
27. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco control*. 1997;6 Suppl 2:S57-62.
28. Siahpush M. Socioeconomic status and tobacco expenditure among Australian households: results from the 1998-99 Household Expenditure Survey. *Journal of epidemiology and community health*. 2003;57(10):798-801.
29. Rebelo L. Consulta de cessação tabágica no Centro de Saúde de Alvalade. Os primeiros 184 pacientes fumadores. Avaliação de resultados. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2008;24:13-20.
30. Szwed A. The evaluation of motivation and addiction to nicotine in smokers attempting to quit smoking. *Pneumonologia i alergologia polska*. 2012;80(6):516-22.
31. Rosendo I, Fonseca G, Guedes AR, Martins V. A characterisation of smokers and factors influencing motivation to stop smoking. *Revista portuguesa de pneumologia*. 2009;15(5):783-802.
32. Siahpush M, McNeill A, Borland R, Fong GT. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco control*. 2006;15 Suppl 3:iii71-5.
33. Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, Fong GT, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco control*. 2006;15 Suppl 3:iii83-94.
34. Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans CT, Pope MA, Heatherton T. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HSI. *Drug and alcohol dependence*. 1994;34(3):211-6.
35. Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, Borland R, West R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction* (Abingdon, England). 2011;106(12):2110-21.

36. Fiore MC JC, Baker TB, Bailey W, Bennett G, Benowitz N et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respiratory care*. 2008;53(9):1217-22.

37. Salgado M. Programas de Cessação Tabágica nos Serviços de Saúde: Uma Estratégia Prioritária de Controlo do Tabagismo. Caracterização do Perfil dos Fumadores e Referenciação numa Consulta de Cessação de um Hospital Distrital da Beira Interior [dissertação] [Internet]. Covilhã: Universidade de Beira Interior; 2010. [acesso em outubro de 2013]. Disponível em:
http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/872/mariana_salgadopdf.pdf

Hábitos alcoólicos (CAGE adaptação)

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

Apenas para ser preenchido pela mulher

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

Teste de Fagerström

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

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"/>	<input type="text"/>

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

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

Avaliação da motivação para deixar de fumar
e da dependência nicotínica num programa de cessação tabágica

HADS

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

A D

HADS R P Snaith and A S Zigmond 1983, 1992, 1994. Itens do questionário registado originalmente publicado no *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Volume 67 (1983) Munksgaard International Publishers Lda., Copenhaga 1983. Este questionário poderá ser fotocopiado para uso somente pela instituição adquiridora.
Publicada por NFER-NELSON Publishing Company Lda, Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor, Berkshire SL4 1DF, UK

CONSULTA DE TABAGISMO

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

- 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

Factores de risco e patologia prévios e actuais:

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

Terapêutica em curso:

Xantinas	o	Antidepressivos	Qual: _____
Corticosteroides	o	Benzodiazepinas	o
Insulina	o	Hipnóticos	o
Antidiabéticos orais	o	Quinolonas	o
Inibidores da MAO	o	Tramadol	o
Antihistaminicos	o	Antiarrítmicos	o
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="radio"/>	Alterado <input type="radio"/>	_____
ECG:	Normal <input type="radio"/>	Alterado <input type="radio"/>	_____
Radiografia de tórax:	Normal <input type="radio"/>	Alterada <input type="radio"/>	_____
Outros:			

RESUMO:

Nº cigarros/dia: <input type="text"/>			
CO: <input type="text"/> ppm		Tempo decorrido desde o último cigarro: _____	
Cotina urinária: <input type="text"/> ng/ml			
Peso: <input type="text"/> Kg	Altura: <input type="text"/> cm	IMC: <input type="text"/>	
Pulso: <input type="text"/>	T A: <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg		
Teste de Fagerström: <input type="text"/> (<4 baixa; 4-7 moderada; >7 elevada)			
Teste Richmond: <input type="text"/> (motivação -0 – 6 baixa; 7 – 9 moderada ; 10 - alta)			
Perfil	Automatismo <input type="text"/>	Social <input type="text"/>	Prazer <input type="text"/>
	Stress <input type="text"/>		Concentração <input type="text"/>
	Manter o moral/relaxar <input type="text"/>		Não engordar <input type="text"/>
HAD A <input type="text"/>	D <input type="text"/>	Teste de Auto-confiança <input type="text"/>	

-Estadio de mudança: Pré contemplação <input type="radio"/> Contemplação <input type="radio"/> Acção <input type="radio"/> Recidiva <input type="radio"/>
- Indicação actual para cessação: Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> _____
- Outras: _____

PLANO:

Dia previsto para cessação:

TERAPÊUTICA:

Comportamental Sim Não Folhetos informativos Sim Não

Substitutos de nicotina:

Gomas/pastilhas 2 mg Sim Não Máximo: _____

Gomas 4 mg Sim Não Máximo: _____

Transdérmicos Sim Não 24h 16h _____

Dose:

Bupropiona SR Sim Não Dose: mg

Vareniclina Sim Não Dose: mg

Outros Sim Não Dose: mg

Psicotrópicos Sim Não

Psicóloga Sim Não

Nutricionista Sim Não

PRÓXIMA CONSULTA:

Avaliação da motivação para deixar de fumar
e da dependência nicotínica num programa de cessação tabágica

CONSULTA DE SEGUIMENTO

Nome: _____

Data:	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Fuma ?	Não <input type="radio"/> Dias de paragem total _ _ _ _ Sim <input type="radio"/> Tentou parar? Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Dias de paragem total _ _ _ _ Quantos cigarros fuma/dia ? _ _ _	Não <input type="radio"/> Dias de paragem total _ _ _ _ Sim <input type="radio"/> Tentou parar? Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Dias de paragem total _ _ _ _ Quantos cigarros fuma/dia ? _ _ _

Que alterações mantém desde que parou de fumar ?	Nenhuma <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Aumento apetite _ _ _ Obstipação <input type="checkbox"/> Dificuldade concentração <input type="checkbox"/> Alterações sono <input type="checkbox"/>	Nenhuma <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Aumento apetite _ _ _ Obstipação <input type="checkbox"/> Dificuldade concentração <input type="checkbox"/> Alterações sono <input type="checkbox"/>
---	--	--

Terapêutica:

Substitutos de nicotina transdérmicos	24h: 30 cm2 <input type="radio"/> 20 cm2 <input type="radio"/> 10 cm2 <input type="radio"/> 16h: 30 cm2 <input type="radio"/> 20 cm2 <input type="radio"/> 10 cm2 <input type="radio"/> Adesão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> E. acessórios	24h: 30 cm2 <input type="radio"/> 20 cm2 <input type="radio"/> 10 cm2 <input type="radio"/> 16h: 30 cm2 <input type="radio"/> 20 cm2 <input type="radio"/> 10 cm2 <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
--	---	---

Substitutos de nicotina	Gomas <input type="radio"/> pastilhas <input type="radio"/> 2 mg <input type="radio"/> Quantas por dia? _ _ _ 4 mg <input type="radio"/> Quantas por dia? _ _ _	
Adesão E. acessórios	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	

Zyban®	150 mg <input type="radio"/> 300 mg <input type="radio"/>	
Adesão E. acessórios	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	

Graduar sintomas e efeitos acessórios: (0 = sem sintomas, 1= não perturbam vida diária
2 = perturbam vida diária moderadamente, 3 = perturbam muito/ obrigam a retirar fármaco)

Psicóloga	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
Nutricionista	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>

	CO _ _ _ _ ppm último cigarro _ _ _	CO _ _ _ _ ppm último cigarro _ _ _
	Peso _ _ _ _ Kg aumento _ _ _ _ Kg	Peso _ _ _ _ Kg aumento _ _ _ _ Kg
	TA _ _ _ _ _ _ _ _ Pulso _ _ _ _	TA _ _ _ _ _ _ _ _ Pulso _ _ _ _
	HAD A _ _ _ D _ _ _	HAD A _ _ _ D _ _ _

Próxima consulta: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Anexo 2: Autorização do Conselho de Administração do CHCB

Centro Hospitalar
Cova da Beira, E.P.E.

ENVIADO AO
Gabinete de Investigação e Inovação
24 OUT. 2013

Centro Hospitalar Cova da Beira
Presença em reunião de C.A.
Em: 22/10/13
Despacho:
Presidente do C.A. Prof. Doutor Manuel Castelo Branco
Vogal do C.A. Prof.ª Dra. Ana Paula Pinheiro
Vogal do C.A. Técnica Superior: Arminda Sucena
Directora Clínica Dra. Rosa Maria Ballesteros
Enteamento Director Enf.ª Arminda João Rodrigues

Parecer:	Despacho:
----------	-----------

ASSUNTO: Projecto de Investigação nº82/2013 - "Avaliação da motivação para deixar de fumar e da dependência nicotínica num programa de cessação tabágica"

PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

N.º 82/GII

DE: Gabinete de Investigação e Inovação

Data 22/10/2013

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Mariana Sousa Batista, aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Avaliação da motivação para deixar de fumar e da dependência nicotínica num programa de cessação tabágica" a realizar no Serviço de Medicina Preventiva – Unidade de Cessação Tabágica deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer favorável nº 45/2013, emitido pela Comissão de Ética.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Normas do Gabinete de Investigação e Inovação.

Com os melhores cumprimentos, *pe-meis*

P O Gabinete de Investigação e Inovação

Rosa Saraiva

(Dr.ª Rosa Saraiva)

Anexo 3: Matriz utilizada para determinação do *status* social

		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												
	Instrução Primária Completa												
	6º Ano (2º Antigo)												
	9º Ano (5º Antigo)												
	11º/12º Ano (7º Antigo)												
	Curso Médio / Politécnico	A			B								
	Universitário												