

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Fatores preditores de sucesso e trajetória dos tabagistas no
processo de cessação**

Kátia Rutter Jensen

Porto Alegre, 2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS**

**Fatores preditores de sucesso e trajetória dos tabagistas no
processo de cessação**

Kátia Rutter Jensen

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Marli Maria Knorst

Porto Alegre, 2012

CIP - Catalogação na Publicação

Rutter Jensen, Kátia

Fatores preditores de sucesso e trajetória dos tabagistas no processo de cessação / Kátia Rutter Jensen. -- 2012.

75 f.

Orientadora: Marli Maria Knorst.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Tabagismo. 2. Cessação. 3. Depressão. 4. Terapia Cognitivo-Comportamental. I. Knorst, Marli Maria, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

DEDICATÓRIA

Acima de tudo a Deus
Aos meus pais
A minha filha Marcelle

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente e acima de tudo a Deus, que esta presente a cada passo, fazendo com que tudo simplesmente aconteça da melhor forma e na melhor época possível para mim.

Agradeço aos meus pais por todas as oportunidades, pelo apoio incondicional para que eu pudesse chegar até aqui. Por ensinarem os valores, a importância do estudo e da construção dos ideais sempre com muito respeito. E por compreenderem a minha ausência. Assim como meu marido e filha.

A orientadora Professora Marli Knorst pela confiança, pela ajuda, correções, sugestões, enfim por todo o tempo desprendido com este trabalho.

A Solange pela condução dos grupos de terapia cognitivo-comportamental e ambulatório de tabagismo.

Aos acadêmicos que ajudaram na tabulação e coleta de dados, especialmente ao Bruno.

A todos funcionários do HCPA.

Aos pacientes.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A maioria dos tabagistas quer parar de fumar, mas o tabagismo é uma dependência difícil de controlar e a recaída é frequente. **OBJETIVOS:** Estudar fatores preditores de sucesso para a abstinência tabágica, avaliar o impacto do humor depressivo no seguimento em 12 meses e identificar a trajetória dos tabagistas durante a tentativa de parar de fumar. **MÉTODOS:** Foram incluídos no estudo tabagistas abordados para parar de fumar através de terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo. Antes da TCC foram coletados dados demográficos, história tabágica, comorbidades, motivação para parar de fumar (escala 0 a 10), dependência à nicotina (Teste de Fageström). Sintomas de depressão e ansiedade foram detectados através da escala de Beck de depressão (BDI) e de ansiedade (BAI), respectivamente. A situação tabágica foi avaliada após as 6 sessões de TCC, aos 6 e 12 meses. **RESULTADOS:** Foram estudados 286 tabagistas, com $53,3 \pm 9,5$ anos, 67,5% eram mulheres. Os valores basais dos escores do BDI e do BAI foram $15,7 \pm 10,2$ e $18,5 \pm 12,1$, respectivamente. Humor depressivo foi identificado em 64% e sintomas de ansiedade em 58% dos pacientes. Identificamos oito trajetórias diferentes no período de seguimento. As taxas de cessação foram de 60,1% em 8 semanas, 46,5% em 6 meses e 38,1% em 12 meses. Preditores significativos de cessação do tabagismo na oitava semana foram um menor consumo de cigarros por dia, maior número de sessões de TCC e uso de bupropiona ou de adesivo de nicotina. Aos 12 meses, 51,3% dos pacientes com $BDI < 10$ estavam sem fumar comparado a 32,6% dos pacientes com $BDI \geq 10$ (X^2 ; $p=0,004$). Os preditores mais importantes para cessação em 12

meses foram participar de um maior número de sessões de TCC, ausência de humor depressivo e estar sem fumar no sexto mês. Apenas estar sem fumar no sexto mês permaneceu no modelo de regressão linear ($r^2=0,59$; $p=0,0001$). **CONCLUSÕES:** Um menor consumo de cigarros, a participação nas sessões de TCC e o uso de medicação para alívio dos sintomas de abstinência à nicotina são preditores de cessação do tabagismo em curto prazo, enquanto que maior número de sessões de TCC, ausência de humor depressivo e estar sem fumar no sexto mês são preditores de sucesso em 12 meses. Na regressão linear apenas estar sem fumar no sexto mês permaneceu no modelo para predizer a cessação em longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo, preditor, cessação, depressão, terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

BACKGROUND: Most smokers want to quit, but smoking is a very difficult addiction to break and relapse is frequent. **AIMS:** To study predictors of successful smoking cessation, assess the effect of depressed mood on smoking cessation at a 12-month follow up and identify the trajectory of smokers during the attempt to quit smoking.

METHODS: Smokers who attended a smoking cessation program combining pharmacological and cognitive-behavioral group therapy (CBT) were included. Demographic characteristics, smoking history, comorbidities, motivation to stop smoking (0 -10 scale), nicotine dependence (Fagerström's Test) were collected at baseline. Depressed mood and anxiety symptoms were detected using the Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). Smoking behavior was evaluated after six sessions of CBT, at 6 and 12 months.

RESULTS: We studied 286 smokers, 53.3 ± 9.5 years old, 67.5% were women. Baseline BDI and BAI scores were 15.7 ± 10.2 and 18.5 ± 12.1 , respectively. Depressed mood was detected in 64% and anxiety symptoms in 58% of the patients. Eight different smoking trajectories were identified. Quitting rates were 60.1% at 8 weeks, 46.5% at 6 months and 38.1% at 12 months. Significant predictors of smoking cessation at 8 weeks were lower cigarette consumption per day, higher number of attended CBT sessions and use of bupropion or nicotine replacement therapy. At 12 months, patients with $BDI < 10$ had a quitting rate of 51.3% compared to 32.6% in patients with $BDI \geq 10$ (X^2 ; $p=0.004$). Higher rate of CBT attendance, absence of depressed mood and smoking cessation at 6 months were the most important predictors of successful quitting at 12 months. When using linear

regression only the smoking status at 6 months remained in the model ($r^2=0.59$; $p=0.0001$). **CONCLUSIONS:** Lower cigarette consumption, attendance at CBT and use of medication to relieve withdrawal symptoms were found to be short-term predictors of smoking cessation, while a higher rate of CBT attendance, smoking status at 6 months and absence of depressed mood were found to be predictors of success at 12 months. In the linear regression analysis only the smoking status at 6 months predicted long-term success.

KEY-WORDS: Smoking, predictors, cessation, depression, cognitive-behavioral group therapy.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas	10
Lista de Tabelas	11
1. Introdução	12
2. Revisão da Literatura	14
2.1 Dependência e Abstinência à Nicotina	15
2.2 Associação com Outras Drogas	17
2.3 Associação com Doença Psiquiátrica	18
2.4 Tratamento do tabagismo	19
3. Justificativa	26
4. Objetivos	28
4.1 Objetivo Geral	28
4.2 Objetivos Específicos	28
5. Referências da Revisão da Literatura	29
6. Artigo Completo	37
7. Conclusões	66
8. Considerações Finais	67
9. Anexos	69

LISTA DE ABREVIATURAS

BAI	Escore de Ansiedade de Beck
BDI	Escore de Depressão de Beck
CO	Monóxido de Carbono
CO ₂	Dióxido de Carbono
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NrACh-	Receptores de nicotina- acetilcolina
OMS	Organização Mundial da Saúde
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TF	Teste de Fargerström
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 – Características basais dos pacientes tabagistas	63
Tabela 2 – Comparação das características dos pacientes tabagistas com e sem perfil depressivo	64
Tabela 3 - Trajetória dos pacientes em relação ao tabagismo	65

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é a segunda causa de morte no mundo e é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia¹. É uma causa evitável de morte e responsável por cerca de 5,1 milhões de mortes/ ano ou 12 % das mortes. Se as tendências atuais de consumo dos produtos de tabaco persistirem, esse número pode superar oito milhões de mortes anuais até 2030. Por outro lado, parar de fumar aumenta a expectativa e a qualidade de vida em qualquer faixa etária, inclusive entre os indivíduos que já desenvolveram alguma doença. Em 2004 70% destas mortes relacionadas ao tabaco ocorrem em países subdesenvolvidos^{1,2}.

O tabagismo é uma doença crônica e está diretamente relacionado ao desenvolvimento de cerca de outras 50 doenças, sendo responsável por 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e 10% das doenças cardiovasculares³. Entre as doenças associadas ao tabaco estão a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e o carcinoma brônquico⁵ bem como outros tipos de câncer entre eles boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, bexiga, rim, colo do útero e leucemia mieloide aguda⁴. Apesar do declínio do consumo de cigarros nos últimos anos, o tabagismo ainda permanece como uma das principais causas de morte evitável por doença cardíaca^{5,6}. Os fumantes têm aproximadamente o dobro de chance de morrer por doença cardíaca que os não fumantes. Esse risco cardíaco atribuído ao cigarro pode ser reduzido pela metade no primeiro ano após abstinência e segue declinando nos anos seguintes^{6,7}. A cessação do tabagismo tem um impacto positivo na sobrevivência dos pacientes que apresentam perda funcional pulmonar relacionada ao tabaco⁸. Benefícios positivos da abstinência são observados nas demais alterações e

doenças decorrentes da exposição ao tabaco⁶.

O tabagismo passivo, definido como a inalação de fumaça de derivados do tabaco por indivíduos não fumantes, é considerado como a 3ª principal causa de morte prevenível no mundo. De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁸ e relatório do *US Surgeon General, 2006*⁹, o tabagismo passivo eleva em 30% o risco de neoplasia de pulmão, em 24% de doença coronariana (infarto agudo do miocárdio), morte súbita na infância, asma e outras doenças respiratórias inclusive infecciosas, otites, além dos efeitos instantâneos como irritação ocular, nasal, tosse, cefaleia e alergias. Assim calcula-se que anualmente em nosso país 2,5% das mortes urbanas são consequentes ao tabagismo passivo domiciliar resultando em 2.655 mortes preveníveis com a cessação do tabagismo passivo. Ressalta-se também que não existe um nível mínimo de exposição segura ao tabagismo passivo e o mesmo persiste mesmo após as políticas mais rígidas de controle ambiental⁹⁻¹¹.

Em 2008, 17,5% da população brasileira com 15 anos ou mais eram usuários de algum tipo de tabaco (fumado e não fumado), percentual equivalente a cerca de 25 milhões de pessoas com 65% mais homens que mulheres fumantes. A proporção de mulheres que começaram a fumar antes dos 15 anos foi superior à dos homens, quando considerado o total da população brasileira. Essa diferença não foi observada de forma igual entre as regiões do país. As regiões Nordeste e Centro-Oeste registraram maior proporção de indivíduos que começaram a fumar com menos de 15 anos. Entre os fumantes diários ou ex-fumantes diários com idades entre 20 e 34 anos, a faixa etária de 17 a 19 anos foi a predominante para a iniciação ao consumo regular dos produtos de tabaco fumado no Brasil^{12,13}.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A mudança de comportamento em relação ao tabagismo é um processo complexo. Prochaska e DiClemente¹⁴ desenvolveram um modelo transteórico que descreve os estágios de mudança através dos quais os tabagistas transitam. Estes estágios são:

- Pré-contemplação: Não há intenção de parar
- Contemplação: Há conscientização de que fumar é um problema, no entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança
- Preparação: Prepara-se para parar de fumar
- Ação: Pára de fumar
- Manutenção: Período após parar de fumar; neste estágio podem ocorrer lapsos e recaídas.

Além do estágio no qual o paciente se encontra no processo de cessação, outras características do tabagismo devem ser consideradas na avaliação e programação da abordagem do paciente, assim como na escolha do melhor suporte medicamentoso¹⁵. Assim, o grau de dependência à nicotina, a motivação para parar de fumar, a presença de alteração do humor, as comorbidades e as contra-indicações para uso de medicações específicas para controlar os sintomas de abstinência ajudam a individualizar a abordagem.

A intensidade da dependência à nicotina pode ser avaliada pelo teste de Fargeström¹⁶ (TF; anexo A), validado pela OMS. O TF é um questionário com 6

perguntas que tem as vantagens de ser fácil, rápido e estar diretamente associado aos sintomas de abstinência após a cessação^{16,17}.

2.1 Dependência e Abstinência à Nicotina

A nicotina é uma droga que apresenta alto poder de modificar a biologia e a fisiologia do cérebro, induzindo à dependência. Diversos fatores (genéticos, sociais, psicológicos e ambientais) são importantes no desenvolvimento desta adição. Lapsos são frequentes e levam à recaída já nos primeiros dias ou meses após a intervenção¹². A falta de informação sobre os fatores relacionados à abstinência prolongada em tabagistas dificultam os ajustes dos programas à população para que se obtenham os melhores resultados possíveis, tendo em vista as baixas taxas de sucesso descritas¹⁸.

A nicotina é uma amina terciária e a principal substância relacionada à dependência. Possui uma série de efeitos no sistema nervoso central onde liga-se a receptores nAChs e leva à dependência e às mudanças comportamentais. Ao ligar-se a estes receptores libera dopamina em áreas como o núcleo accumbens uma região importante pela recompensa. A nicotina age ainda em outros neurotransmissores incluindo dopamina, noradrenalina, glutamato, GABA, e opióides endógenos. Agindo nos receptores nACh tem papel crucial neuromodulador. Ao contrário da maioria dos agonistas, onde a estimulação crônica leva à dessensibilização e inativação dos receptores, nestes ocorre *up regulation*¹⁹⁻²². A exposição precoce à nicotina durante a adolescência pode perturbar o desenvolvimento normal do cérebro levando a consequências cognitivas, de saúde mental e mesmo de personalidade^{19,31}. Em nível celular, a nicotina na adolescência leva ao aumento da expressão de receptores nACh,

resultando em alterações permanentes na expressão dos receptores tipo 2 de glutamato no córtex pré frontal em áreas responsáveis pela atenção e impulsividade ¹⁹.

O uso crônico da nicotina leva a mudanças pós sinápticas como expressão gênica e síntese proteica o que contribui para a dependência. Além da nicotina, o tabaco contém 2.500 compostos químicos e a fumaça resulta em mais de 4.000 componentes alguns com efeitos farmacológicos que também contribuem para a dependência (resultantes de combustão, pirólise e destilação durante a queima do tabaco). A fumaça é dividida em fase gasosa e particulada. A primeira contém nitrogênio, monóxido de carbono (CO), dióxido de carbono (CO₂), amônia, nitritos, álcoois, cetonas, compostos sulfúricos, hidrocarbonetos, aldeídos, radicais livres e oxidantes. A fase particulada contém alcalóides, água e alcatrão¹⁹.

A cessação do tabagismo geralmente se acompanha de síndrome de abstinência que pode durar de 2 a 4 semanas, sendo que os sintomas são mais intensos nas primeiras 72 horas após a cessação. Os sintomas de privação do tabaco foram mais sentidos pelos abstêmios com uma história de depressão do que por aqueles sem história de depressão. A maior diferença foi observada nas queixas de piora do humor depressivo, relatada por 15% dos fumantes sem depressão e por 75% das pessoas com história de depressão prévia²³.

Fatores relacionados com a cessação do tabagismo, avaliados em estudos prévios, foram o sexo masculino, níveis socioeconômicos e educacionais mais altos, idade mais avançada, menor número de cigarros fumados, tentativas prévias de parar e forte motivação e autorrelato de ser portador de doença relacionada ao tabaco^{13,24-28}. Um grande estudo chinês publicado em 2011 também identificou que a consciência ou

a percepção da presença de doença tabaco relacionada, intenção em parar no próximo mês, níveis de escolaridade mais altos, menor número de cigarros diários, abstinência prévia que excedeu 30 dias, última tentativa para parar há menos de um mês e a intenção de estar sem fumar no próximo mês são fatores facilitadores da cessação²⁹.

O contexto social vem mostrando-se um fator importante no sucesso da cessação tabágica. Deste modo o suporte social com intervenções individualizadas, suporte telefônico, apoio emocional, compreensão do meio socioeconômico do paciente, ajustando o programa para que se torne acessível, compreensível e facilitando a participação no mesmo, por exemplo proporcionando creches no momento dos encontros, transporte e literatura adequada à escolaridade podem funcionar como fatores facilitadores³⁰. Ainda em mulheres com baixas taxas de sucesso a “auto-eficácia” ou seja, acreditar no próprio sucesso e a intenção em parar foram os únicos dois fatores estatisticamente significativos para a cessação³¹.

Outro fator associado a maiores taxas de cessação precoce (alcançada nas primeiras semanas) é a associação de programas de terapia cognitivo-comportamental (TCC) com medidas farmacológicas como a terapia de reposição de nicotina (TRN) e a bupropiona. Há uma relação positiva entre a presença nestas sessões e o sucesso na tentativa de cessação na 1ª semana e no 3º mês³².

2.2 Associação com Outras Drogas

A associação ao abuso de álcool e outras drogas também é apontado como fator dificultador ao sucesso, embora Kalman et al²⁸ não encontraram aumento na

recaída do etilismo durante a cessação tabágica em pacientes alcoólatras que estavam sem fumar no período compreendido entre 2-12 meses^{28,33}.

2.3 Associação com Doença Psiquiátrica

Pacientes com transtornos psiquiátricos e dependentes da nicotina são responsáveis pelo consumo de cerca de 70% dos cigarros dos Estados Unidos da América (EUA)³⁴. Vários estudos têm demonstrado uma maior prevalência de tabagismo e uma dependência mais elevada à nicotina entre indivíduos com doença psiquiátrica comparativamente àqueles sem doença psiquiátrica³⁵. Dentre as doenças psiquiátricas, os transtornos de humor como depressão (16%) e ansiedade (22%) foram os mais prevalentes³⁶. Na análise de 2.593 trabalhadores americanos, a presença de sintomas moderados a graves de depressão estava associada com maior prevalência de tabagismo e maior dependência à nicotina.²³ Um escore no Inventário de Beck para sintomas depressivos (*Beck Depression Inventory*; BDI)³⁷ ≥ 10 , mesmo em tabagistas que não preenchiam critérios diagnósticos para depressão, pode predizer a inabilidade de cessar o tabagismo³⁸.

Estudo com 376 pacientes com DPOC acompanhados durante um período de seguimento de 6 meses observou redução na taxa de tabagismo de 16,3% entre os pacientes sem sintomas depressivos, enquanto que entre os deprimidos a proporção de fumantes permaneceu semelhante à observada no início do acompanhamento (28,8%, $p=0,09$)³⁹. Gierich *et al.*⁴⁰ realizaram revisão de 16 estudos, para determinar o papel dos antidepressivos para aumentar as taxas de sucesso na abstinência tabágica em pacientes com depressão. Os estudos avaliados não mostraram taxas superiores

de abstinência mesmo com o uso de bupropiona, e ratificaram que estes pacientes têm índices mais altos de lapsos e recaídas⁴⁰.

Resumidamente, as evidências indicam uma maior prevalência de depressão entre tabagistas e tabagistas que pararam de fumar³⁶, menores taxas de cessação do tabagismo, maiores índices de recaída após o tratamento e piores crises de abstinência em pacientes com critérios diagnósticos de depressão^{23,38}, assim como associação entre sintomas depressivos e dificuldade na interrupção do tabagismo⁴¹.

Do mesmo modo, vários estudos têm documentado a relação entre tabagismo e ansiedade. Não só foram altas as taxas de prevalência de tabagismo encontradas entre pacientes com transtornos ansiosos, como também adultos jovens com dependência à nicotina têm maior risco para desenvolver transtornos ansiosos. Comparados com pessoas não nicotino-dependentes, indivíduos com dependência à nicotina têm um risco maior de ter um ou mais transtornos ansiosos, sendo os mais frequentes transtornos de pânico ou fobias^{36,42-44}. A prevalência de dependência à nicotina e ansiedade ou síndrome do pânico é de 25% (OR 2,7; IC 2,4-3,0) e 27% (OR 4,6; IC:3,4-6,2), respectivamente. Há uma maior prevalência de tabagismo em pacientes com passado de ansiedade (OR 1,9; IC:1,05-3,7) ou em tratamento da mesma (OR 2,1; IC:1,1-3,9)³⁴.

2.4 Tratamento do Tabagismo

A cessação do tabagismo reduz a morte prematura, melhora o prognóstico e a qualidade de vida¹⁹. Estes dados reforçam a necessidade de uma abordagem

adequada desta doença crônica e da disponibilização do tratamento a todos os fumantes. Em relação ao tratamento do tabagismo, há consenso sobre a indicação de abordagem multidisciplinar utilizando TCC em associação com suporte medicamentoso, para redução dos sintomas da abstinência, nos pacientes com dependência à nicotina moderada a alta; esta abordagem resulta em maiores taxas de cessação tabágica em comparação com o placebo⁴². Taxas de abstinência em 6 meses de 18% com placebo, 21% com uso de reposição de nicotina, 34% com bupropiona isolada e 38% com associação de bupropiona e adesivo de nicotina e abstinência em 12 meses de 15,6%, 16%, 30% e 35%, respectivamente, foram descritas⁴⁵. Mais recentemente com o uso da vareniclina foram obtidas taxas de abstinência em 6 meses de 35% contra 26% e 18% com uso de bupropiona e placebo, respectivamente. Em contrapartida a abstinência em 1 ano foi de 30% versus 23% e 17%⁴⁶, embora nestes estudos não tenham sido utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais.

As terapias recomendadas em diretrizes nacionais e internacionais^{7,47} incluem as seguintes linhas de tratamento aprovadas pela *Food and Drug Administration* (FDA):

Terapia de Reposição de Nicotina

Disponível na forma de goma, adesivo, inalador e *spray* nasal (as duas últimas não disponíveis no Brasil). Evidência de nível A para a cessação do tabagismo, reduz os sintomas da síndrome de abstinência e deve ser empregada assim que o fumante inicie o processo de cessação no dia D. O adesivo é colocado na pele, os níveis terapêuticos são obtidos em 2-4 horas podendo, conforme o método, perdurarem por

16-24 horas, sendo necessária a troca dos mesmos a cada 24 horas. Os efeitos colaterais mais comuns são reações cutâneas, taquicardia, náuseas e distúrbios do sono. O uso deve ser contínuo por até 3 meses com redução gradual nas doses^{7,47-49}.

As gomas de nicotina têm importância no alívio da fissura e podem ser utilizadas como coadjuvantes ao tratamento. A dose pode ser de 10-12 unidades por dia com diminuição progressiva. Não há necessidade de prescrição médica e os fumantes costumam ajustar as doses aos sintomas^{7,47-49}.

Bupropiona

A bupropiona de liberação lenta, outro componente do arsenal terapêutico, também é efetiva no tratamento do tabagismo, com nível de evidência A. É um antidepressivo atípico e seu mecanismo de ação parece ser a inibição da recaptação da dopamina no núcleo accumbens e noradrenalina no locus ceruleus. Tem possível ação de bloqueio dos receptores acetilcolinérgicos no sistema nervoso central. A dose recomendada para fumantes é de 150 mg pela manhã por 3 dias seguido de duas doses diárias por 7 a 12 semanas. A bupropiona é contra-indicada na gestação^{7,47, 50}.

Vareniclina

É uma medicação não nicotínica com ação dupla (agonista e antagonista) em receptores alfa4beta2 com liberação de dopamina, com redução da fissura e recaídas, bem como relato de menor satisfação obtida pelo tabagista caso exista um lapso. O percentual de abstinência é maior que o placebo ou a bupropiona, assim como a

manutenção. A dose preconizada é de 1-2mg/dia por 12 semanas. Um dos efeitos colaterais é a náusea^{51,52}. Um risco aumentado de suicídio foi relatado com o uso da vareniclina, devendo esta ser usada com precaução em pacientes com transtornos depressivos.

Além das medicações acima descritas, a clonidina e a nortriptilina constam em algumas diretrizes como drogas de 2ª linha. A indicação destes medicamentos para o tratamento do tabagismo apresenta nível de evidência inferior^{7,47}.

Em função da importância da cessação tabágica para prevenção de múltiplas doenças, a OMS convocou e está coordenando a “convenção quadro para controle global do consumo do tabaco”. Esta iniciativa envolve cerca de 170 países e trabalha a prevenção, o tratamento e a legislação sobre tabagismo, assim como busca reduzir a produção de tabaco nos países participantes. No Brasil o programa é coordenado pelo Ministério da Saúde, através do INCA, que capacitou profissionais de saúde e fornece suporte medicamentoso para as unidades credenciadas. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é uma das unidades de referência da rede pública, credenciadas pelo Ministério da Saúde, para a abordagem do tabagismo.

O programa estruturado pelo INCA para abordagem dos tabagistas tem por base a TCC, que é constituída por 4 sessões semanais e 2 sessões quinzenais, seguidas por reuniões mensais de manutenção para os pacientes que se encontram sem fumar. Pacientes que não conseguem parar de fumar durante as sessões de TCC, e que param no período de seguimento, também são convidados a participar das reuniões de manutenção. As sessões abordam questões associadas à dependência química e comportamental, ambivalência para parar de fumar, síndrome de

abstinência, gatilhos e estratégias para evitar lapsos e recaída. Além disso, são discutidos em grupo os benefícios da cessação, as doenças associadas ao tabaco, aspectos nutricionais e importância da mudança de comportamento e realização de atividade física⁵³.

Avaliação da cessação

Na prática clínica as taxas de cessação do tabagismo são baseadas no autorrelato. A cessação do tabagismo autorrelatada pode ser confirmada através da determinação do principal metabólito da nicotina, a cotinina, e da concentração de CO no ar expirado. Estas medidas além de confirmar o sucesso do tratamento ajudam a estimular a continuidade do mesmo.

A informação sobre a cessação do tabagismo pode ser obtida através de questionários ou durante entrevista com o paciente. A obtenção desta informação através do relato do paciente apresenta baixas taxas de erro, baixo custo e acessibilidade²³. Uma metanálise de 26 artigos comparou testes bioquímicos, como a determinação da cotinina, com o autorrelato por questionários e obteve alta especificidade e sensibilidade. Na maioria dos estudos a utilização de autorrelato parece ser acurada^{54,55}.

A medida do CO exalado é um dos métodos disponíveis para confirmação da cessação tabágica. A quantidade de CO no ar exalado ao final da expiração é um método não invasivo indireto, acurado e rápido para medir a carboxihemoglobina, visto que o CO exalado encontra-se em equilíbrio com a concentração sanguínea. O

analisador é portátil e de custo relativamente baixo, validado e instantâneo e usado em estudos populacionais e de coorte. Os estudos tem mostrado valores de corte entre 5 e 10 ppm. A determinação do CO exalado pode ser um reforço positivo no aconselhamento para parar de fumar⁵⁶⁻⁵⁸.

A determinação da concentração do principal metabólito do nicotina, a cotinina, que é um alcalóide presente no tabaco, é um método adicional para confirmar a cessação do tabagismo. Sua forma ativa de isômero S (-)-cotinina se acumula no corpo após o consumo de tabaco. Cerca de 80-85% da nicotina é metabolizada no fígado e convertida em cotinina no citocromo P450. Em humanos é excretada na urina, porém pode ser também mensurada na saliva e no plama. Seu metabolismo pode ter influência étnica e pode ser alterado com algumas frutas como *grapefruit*⁵⁹.

Terapia não farmacológica

O simples aconselhamento pela equipe de saúde é efetivo em levar alguns pacientes a abstinência e deve ser repetido a cada consulta. Técnicas mais modernas, baseadas na entrevista motivacional de Miller e Rollnick's, recomendam uma breve entrevista centrada no paciente com objetivo de aumentar a motivação individual e a confiança para mudar comportamentos, avaliar metas futuras e apoiar a autonomia e a quebra de paradigmas, facilitando a mudança de comportamento. Vários estudos mostraram que a entrevista motivadora tem efeito na redução do tabagismo (RR 1,27, IC:1,14-1,42) com sucesso em 12 meses, quando usada isoladamente de 5% a 10%^{60,61,62}.

Um modelo de aconselhamento baseado em 5 Rs é recomendado para pacientes com baixa motivação para parar de fumar⁷ e compreende:

- *Relevance* / Relevância: Conhecimento da condição física do paciente, familiar e social, tentativas prévias para parar, situação tabágica.
- *Risks* / Riscos: Explicação dos riscos do tabagismo a curto e longo prazo para o paciente e a família.
- *Rewards* / Recompensas: Vantagens de parar de fumar.
- *Roadblocks* / Obstáculos: Vencer os medos de fracasso, perda de peso ou depressão, dos sintomas de abstinência ou perda do prazer.

3. JUSTIFICATIVA

O tabagismo persiste como uma importante causa de morbimortalidade nos dias atuais e o uso de tabaco continua sendo uma droga lícita e permanece liberado em grande parte dos países, apesar do alto grau de dependência produzido pela nicotina, gerando gastos exorbitantes para a saúde pública. Estudos de seguimento de tabagistas submetidos a intervenções para parar de fumar descrevem taxas variadas de abstinência em longo prazo, uma vez que um grande número de fatores pode influenciar o processo de cessação. Entre estes fatores estão depressão e ansiedade, comorbidades, adição a outras drogas lícitas ou ilícitas, grau de dependência à nicotina, sexo e fatores socioambientais.

Para honrar os compromissos assumidos com a OMS na assinatura da Convenção Quadro para Controle do Tabaco, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou um programa para abordagem de tabagistas no sistema único de saúde, baseado em TCC e tratamento medicamentoso. Para viabilizar o programa, profissionais que atuam nas unidades de saúde foram capacitados. O INCA fornece material educativo para a TCC e medicação para controle dos sintomas de abstinência à nicotina. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é uma das unidades de referência da rede pública que implementa o programa governamental para a abordagem do tabagismo. Um relatório trimestral é exigido de todas as unidades participantes do programa para controle de qualidade do mesmo. Entretanto, os dados coletados pelo Ministério de Saúde para avaliação dos resultados da intervenção são parciais e apenas consideram os efeitos em curto prazo, durante as quatro primeiras semanas de intervenção. Os resultados em longo prazo deste programa governamental não são conhecidos. Do mesmo modo,

dados locais sobre fatores preditores de sucesso da intervenção para cessação do tabagismo, assim como o impacto de sintomas depressivos e a trajetória dos tabagistas no processo de cessação são pouco explorados.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar fatores preditores de sucesso da abstinência tabágica em pacientes de um hospital terciário submetidos à terapia cognitivo-comportamental e medicamentosa em grupo para cessação do tabagismo.

4.2 Objetivos Específicos

- Avaliar as taxas de abstinência após término do grupo para cessação do tabagismo (em 8 semanas).
- Estudar as taxas de abstinência ao tabagismo após 6 e 12 meses, da intervenção.
- Estudar a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes tabagistas, assim como o impacto dos níveis de ansiedade e depressão no processo de cessação.
- Estudar os preditores de sucesso em curto e longo prazo no processo de cessação.
- Analisar a trajetória dos tabagistas no processo de cessação.

5. REFERÊNCIAS DA REVISÃO DE LITERATURA

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: WHO; 2011. Acessível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009 / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. - Rio de Janeiro: Inca, 2011. p.176.
3. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009. Acessível em http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.
4. Danaei G, Hoorn SV, Lopez AD, Murray CJL, Ezzati M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioral and environmental risk factors. Lancet 2005; 366:1784-1793.
5. Escoberto L, Peddicird J. Smoking prevalence in US birth cohorts. The Influence of Gender and education. Am J Public Health 1996; 86:231-236.
6. US department Of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. CDC Office of Smoking and Health, 2012. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/cessation/quitting/index.htm.

7. Fiore MC, Rodrigues JC, Baker TB, Bailey W, Benowitz N, Curry S, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: Public Health Service, 2008.p 1-100.
8. Fletcher CM, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. Br Med J 1977; 1:1645-1658.
9. Tabagismo passivo. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=passivo&link=tabagismo.htm>. Acesso em 2012.
10. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Office on Smoking and Health (US). Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2006. Disponível em <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhandsmoke/index.html>.
11. Costa AJL, Figueiredo VC, Cavalcante T, Noronha V, Colombo C, Almeida L. Mortalidade atribuída ao tabagismo passivo na população urbana no Brasil. INCA. Disponível em <https://www.inca.gov.br/tabagismo>. Acesso em 2012.
12. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J Pneumol 2004; 30: S1-S76.
13. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioral, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. Tob Control 1998;7: 262-267.
14. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance.

- Addict Behav. 1982; 7:133-142.
15. Godoy I, Chatkin JM. Tabagismo. In: Menna-Barreto SS, Fiterman J, Lima MA. Prática Pneumológica. Guanabara Koogan, 2010 Rio de Janeiro, p 532-543.
 16. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav. 1978; 3:235-241.
 17. Fagerström KO. The Fagerström Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. Br J Addict. 1991; 86: 1119-1127.
 18. Monsó E, Campbell J, Tønnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. Tob Control 2001; 10:165-169.
 19. Goriounova NA, Mansvelder HD. Nicotine exposure during adolescence alters the rules for prefrontal cortical synaptic plasticity during adulthood. J Neurosci. 2012; 32:10484-10493.
 20. Escobar-Chavez JJ, Domingues-Delgado CL, Rodrigues IM. Targeting nicotine addiction: the possibility of a therapeutic vaccine. Drug Des Devel Ther. 2011;5:211-224.
 21. Feduccia AA, Chateriee S, Bartlett SE. Neuronal nicotinic acetylcholine receptors: neuroplastic changes underlying alcohol and nicotine addictions. Front Mol Neurosci. 2012;5:83. doi: 10.3389/fnmol.2012.00083. Epub 2012 Aug 3.
 22. Rose JE, Mukihin AG, Stephen J, Lokitz SJ, Turkington TG, Herskovic J, et al. Kinetics of brain nicotine accumulation in dependent and non dependent smokers assessed with PET and cigarettes containing ¹¹C-nicotine. Proc Natl Acad Sci USA. 2010; 107:5190-5195.

23. Covey LS. Tobacco cessation among patients with depression. *Prim Care* 1999; 26:691-706.
24. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn VR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control* 1997; 6: 57-62.
25. Hymowitz N, Sexton M, Ockene J, Grandits G. Baseline factors associated with smoking cessation and relapse. *Prev Med* 1992; 20:590-595.
26. Adams SG, Pugh JA, Kazis LE, Lee S, Anzueto A. Characteristics associated with sustained abstinence from smoking among patients with COPD. *Am J Med* 2006; 119:441-447.
27. Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, Fong GT, O'Connor RJ. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the international Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006;15:83-94.
28. Bernstein SL, Coopermann N, Jearld S, Jearld S, Moadel A Bijur P, Gallagher EJ. Predictors of in-person follow-up among subjects in an ED-based smoking cessation trial. *American Journal of Emergency Medicine* 2012; 9:2067-2069.
29. Wong DCN, Chan SS, Fong DY, Leung DY, Lam DO, Lam TH. Quitting Trajectories of Chinese Youth Smokers Following Telephone Smoking Cessation Counseling: A Longitudinal Study. *Nicotine & Tobacco Research*, 2011; 13:848-859.
30. Stewart MJ, Kushner KE, Greaves L, Letourneau N, Spitzer D, Boscoe M. Impacts of a support intervention for low-income women who smoke. *Social Science & Medicine* 2010; 71:1901-1909.

31. Pohl JP, Martinelli A, Antonakos C. Predictors of Participation in a Smoking Cessation Intervention Group among Low-income Women. *Addictive Behaviors*, 1998; 5:699-704.
32. Nerin I, Novella P, Crucelaequi A, Beamonte A, Sobradie N, Garcallo P. Predictors of Success at 6-Month Follow up for Smokers Treated at a Smoking Cessation Clinic. *Arch Bronconeumol* 2004;40:558-562.
33. Kalman D, Hertz L, Monti P, Kahler CW, Mooney SR, et al. Incremental efficacy of adding bupropion to the nicotine patch for smoking cessation in smokers with a recent history of alcohol dependence: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Drug and Alcohol Dependence* 2011; 118:111-118.
34. Grant BF, Hasin DS, Chou P, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and Psychiatric Disorders in the US. *Arch Gen Psychiatry*, 2004; 61:1107-1113.
35. Kenney BA, Holahan CJ, North RJ, Holahan CK. Depressive symptoms and cigarette smoking in American workers. *Am J Health Prom* 2006; 20:179-182.
36. Grant BF, Hasin DS, Chou P, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61:1107-1115.
37. Berlin I, Covey LS. Pre-cessation depressive mood predicts failure to quit smoking: the role of coping and personality traits. *Addiction* 2006; 101:1814-1821.
38. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance.

- Addict Behav 1982; 7:133-142.
39. Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease. Arch Intern Med 2007; 167:60-67.
 40. Gierich JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JW Jr. Smoking Cessation Interventions for Patients with Depression:A Systematic Review and Meta-analysis. J Gen Intern Med 2012; 27:351-360.
 41. Catley D, Harris KJ, Okuyemi KS, Mayo MS, Pankey E, Ahluwalia JS. The influence of depressive symptoms on smoking cessation among African Americans in a randomized trial of bupropion. Nicotine & Tob Res 2005; 7: 859-870.
 42. Morissette SB, Tull MT, Gulliver SB, Kamholtz BW, Zimering RT. Anxiety, Anxiety Disorders, Tobacco Use, and Nicotine: A Critical Review of Interrelationships Psychological Bulletin In the public domain 2007; 133:245-272.
 43. Breslau N, Novak SP Kesler RC. Psychiatry disorders and stages of smoking. Biol Psychiatry, 2004; 55:69-76.
 44. Lesser K, Bloyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population based prevalence study. JAMA 2000; 284:2606-610.
 45. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA et al. A controlled trial of sustained release bupropion, nicotine patch or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999; 340: 685-693.
 46. Tonstad S, Tonnensen P, Hajek P, Willians KE, Billing BD, Reeves KR el al. Effect os Maintenance Therapy with Varenicline on Smoking Cessation: A randomized

- Controlled Trial. JAMA, 2006; 296:64-71.
47. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo 2008. J Bras Pneumol 2008; 34:845-580.
 48. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant d, Lancaster T. Nicotine Replacement Therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008; 1: CD000146. doi: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.
 49. Tonnesen P, Mikkelsen KL. Smoking cessation with four Nicotine Repleacement Regimes in a Lung Clinic. ERJ, 2000; 16:717-22.
 50. Holm KJ, Spencer CM. Bupropion. Drugs 2000; 59:1007-1024.
 51. Gonzalez D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB et al. Varenicline, an alfa2beta4 receptor parcial agonist vs Sustained Release Bupropion and Placebo in Smoking Cessation a Randomized Controlled Trial. JAMA 2006; 296: 47-55.
 52. Tonstad S, Tonnensen P, Hajek P, Willians KE, Billing BD, Reeves KR el al. Effect of Maintenance Therapy with Varenicline on Smoking Cessation: A randomized Controlled Trial. JAMA, 2006; 296(1):64-71.
 53. Deixando de Fumar sem Mistérios, Manuais 1 a 4, INCA, 2004. MS, Brasil.
 54. Velicer WF, Prochaska JO, Rossi JS, Snow MG. Assessing outcome in smoking cessation studies. Psychoool Bull 1992; 111:23-41.
 55. Patrick DL, Chadle A, Thompson DC, P Diehr, T Koepsell, Kinne S. The validity of self-reported smoking: a reiew and meta-analysis. Am J Public Health 1994; 84:1086-93.

56. Jarvis MJ, Russell MAH, Saloojee Y. Expired air carbone monoxide: a simple breath test for tobacco smoke intake. *BMJ*, 1980; 28:484–485.
57. Mac Laren DJ, Conigrave KM, Robertson JA, Ivers R, Eades S, et al. Using breath carbon monoxide to validate self-reported tobacco smoking in remote Australian Indigenous communities. *Population Health Metrics* 2010, 8: 1-7.
58. Jarvis MJ, Belcher M, Vesey C, Hutchison DCS, Low cost carbon monoxide monitors in smoking assessment. *Thorax* 1986; 41:886-887.
59. Moran VE. Cotinine: beyond that expected, more than a biomarker of tobacco consumption. *Frontiers in Pharmacology*, 2012; 3:173. (abstract)
60. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd ed. New York, NY: Guilford; 2002.
61. Colby SM, Monti PM, O'Leary Tevyaw T, Barnett NP, Spirito A, et al. Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addict Behav*. 2005; 30:865-874.
62. Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL: Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews* 2010, Issue 1. Acessível <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD006936.pdf>.

6. ARTIGO

Fatores preditores de sucesso e trajetória dos tabagistas no processo de cessação

Kátia Rutter Jensen¹, Bruno Mendonça Ribeiro², Solange Boaz Klockner³, Marcelo Basso Gazzana⁴, Marli Maria Knorst.^{4,5}

¹ Médica Pneumologista, Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Médico pela Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Enfermeira, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Médico Pneumologista, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁵ Professora Associada, Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência:

Kátia Rutter Jensen

Alameda Rio Branco 805/508, Centro

CEP 89010300 – Blumenau- SC, Brazil

Endereço de email: dra.katia@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A maioria dos tabagistas quer parar de fumar, mas o tabagismo é uma dependência difícil de controlar e a recaída é frequente. **OBJETIVOS:** Estudar fatores preditores de sucesso da abstinência tabágica, avaliar o impacto do humor depressivo no seguimento em 12 meses e identificar a trajetória dos tabagistas durante o processo de cessação. **MÉTODOS:** Foram incluídos no estudo tabagistas abordados através de terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo e medicamentosa para parar de fumar. Dados demográficos, história tabágica, comorbidades, motivação para parar de fumar (escala 0 a 10), dependência à nicotina (Teste de Fageström) foram coletados antes da TCC. Sintomas de depressão e ansiedade foram detectados através da escala de Beck de depressão (BDI) e de ansiedade (BAI), respectivamente. A situação tabágica foi avaliada após as 6 sessões de TCC, aos 6 e 12 meses. **RESULTADOS:** Estudamos 286 tabagistas, com $53,3 \pm 9,5$ anos, 67,5% eram mulheres. Os valores basais dos escores do BDI e do BAI eram $15,7 \pm 10,2$ e $18,5 \pm 12,1$, respectivamente. Humor depressivo foi identificado em 64% e sintomas de ansiedade em 58% dos pacientes. Identificamos oito trajetórias diferentes no período de seguimento. As taxas de cessação foram de 60,1% em 8 semanas, 46,5% em 6 meses e 38,1% em 12 meses. Preditores significativos de cessação do tabagismo na oitava semana foram um menor consumo de cigarros por dia, maior número de sessões de TCC e uso de bupropiona ou nicotina. Aos 12 meses, 51,3% dos pacientes com $BDI < 10$ estavam sem fumar comparado a 32,6% dos pacientes com $BDI \geq 10$ (X^2 ; $p=0,004$). Os preditores mais importantes para cessação em 12 meses foram participar de um maior número de sessões de TCC, ausência de humor depressivo e estar sem fumar no

sexto mês. Apenas a situação tabágica no sexto mês permaneceu no modelo de regressão linear ($r^2=0,59$; $p=0,0001$). **CONCLUSÕES:** Um menor consumo de cigarros, a participação nas sessões de TCC e o uso de medicação para alívio dos sintomas de abstinência à nicotina são preditores de cessação do tabagismo em curto prazo, enquanto que maior número de sessões de TCC, ausência de humor depressivo e estar sem fumar no sexto mês são preditores de sucesso em 12 meses. Na regressão linear apenas a situação tabágica no sexto mês permaneceu no modelo para predizer a cessação em longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo, preditor, cessação, depressão, terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

BACKGROUND: Most smokers want to quit, but smoking is a very difficult addiction to break and relapse is frequent. **AIMS:** To study predictors of successful smoking cessation, assess the effect of depressed mood on smoking cessation at a 12-month follow up and identify the trajectory of smokers during the attempt to quit smoking. **METHODS:** Smokers who attended a smoking cessation program combining pharmacological and cognitive-behavioral group therapy (CBT) were included. Demographic characteristics, smoking history, comorbidities, motivation to stop smoking (0 -10 scale), nicotine dependence (Fagerström's Test) were collected at baseline. Depressed mood and anxiety symptoms were detected using the Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). Smoking behavior was evaluated

after six sessions of CBT, at 6 and 12 months. **RESULTS:** We studied 286 smokers, 53.3 ± 9.5 years old, 67.5% were women. Baseline BDI and BAI scores were 15.7 ± 10.2 and 18.5 ± 12.1 , respectively. Depressed mood was detected in 64% and anxiety symptoms in 58% of the patients. Eight different smoking trajectories were identified. Quitting rates were 60.1% at 8 weeks, 46.5% at 6 months and 38.1% at 12 months. Significant predictors of smoking cessation at 8 weeks were lower cigarette consumption per day, higher number of attended CBT sessions and use of bupropion or nicotine replacement therapy. At 12 months, patients with $BDI < 10$ had a quitting rate of 51.3% compared to 32.6% in patients with $BDI \geq 10$ (X^2 ; $p=0.004$). Higher rate of CBT attendance, absence of depressed mood and smoking cessation at 6 months were the most important predictors of successful quitting at 12 months. When using linear regression only the smoking status at 6 months remained in the model ($r^2=0.59$; $p=0.0001$). **CONCLUSIONS:** Lower cigarette consumption, attendance at CBT and use of medication to relieve withdrawal symptoms were found to be short-term predictors of smoking cessation, while a higher rate of CBT attendance, smoking status at 6 months and absence of depressed mood were found to be predictors of success at 12 months. In the linear regression analysis only the smoking status at 6 months predicted long-term success.

KEY-WORDS: Smoking, predictors, cessation, depression, cognitive-behavioral group therapy.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado uma das principais causas de morte evitável no mundo¹ e parar de fumar tem um impacto positivo na sobrevivência dos pacientes com doenças tabaco associadas²⁻⁵. Estudos realizados com fumantes mostram que muitos estão desencantados com o tabagismo e que se pudessem voltar atrás no tempo, não teriam iniciado a fumar⁶ e que cerca de 60 a 70% querem parar de fumar⁷. Entretanto, sem ajuda a maioria das pessoas que tenta parar de fumar recai e somente 4% permanecem abstinentes em um ano⁸.

A adição ao tabaco é mediada pela nicotina, que é uma droga que apresenta alto poder de dependência. Lapsos são frequentes no processo de cessação do tabagismo, levando à recaída já nos primeiros dias ou meses após a intervenção⁹. Fatores relacionados à abstinência mantida, avaliados em estudos prévios, foram sexo masculino, níveis socioeconômico e educacional mais altos, idade mais avançada, menor número de cigarros fumados, tentativas prévias para parar e forte motivação, bem como ausência de doenças psiquiátricas e de adição a outras drogas como o álcool¹⁰⁻¹⁵. Entretanto, estes fatores podem variar de acordo com as diferentes populações estudadas e a falta de informações sobre preditores de sucesso nas intervenções em tabagistas em cenários clínicos específicos dificulta os ajustes dos programas direcionados à população alvo para que se obtenham os melhores resultados¹⁶. Ainda, poucos estudos avaliaram a trajetória do tabagista durante o processo de cessação^{17,18}.

Para reduzir o consumo de tabaco no mundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizou a Convenção Quadro para Controle do Tabaco, da qual o Brasil faz parte¹. Entre as diversas iniciativas relacionadas à implementação da Convenção

Quadro o Ministério da Saúde Brasileiro estruturou um programa de abordagem de tabagistas em grupo para a rede pública, com capacitação de profissionais da saúde para realizar terapia cognitivo comportamental (TCC) e fornecimento de bupropiona e terapia de reposição da nicotina (TRN). Este programa foi implementado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, um hospital universitário terciário que serve de referência para o sistema único de saúde. Entretanto, apenas dados de curto prazo, isto é a abstinência na quarta semana de TCC, são enviados para os órgãos brasileiros de controle do tabagismo, e dados sobre a cessação em longo prazo resultantes desta iniciativa governamental são escassos.

Os objetivos deste estudo foram identificar os fatores associados ao sucesso da cessação do tabagismo em curto prazo e no seguimento de um ano e identificar a trajetória de tabagistas tratados em um hospital terciário utilizando o programa de abordagem de fumantes preconizado pelo Ministério da Saúde Brasileiro.

PACIENTES E MÉTODOS

Participantes

Estudo prospectivo com pacientes tabagistas que participaram de um programa de TCC para abordagem do tabagismo num hospital universitário de nível terciário. Foram selecionados pacientes tabagistas com mais de 18 anos, atendidos consecutivamente e motivados para parar de fumar. Foram excluídos pacientes sem vontade ou condições de participar nas sessões de TCC e pacientes com doenças psiquiátricas agudas ou crônicas não compensadas ou que impossibilitassem a participação na terapia em grupo. O projeto foi aprovado pelo comitê institucional de

ética em pesquisa.

Avaliações e instrumentos

Em consulta de triagem foram coletados dados sobre a história tabágica, comorbidades, diagnóstico ou tratamento prévio para ansiedade ou depressão e história pessoal ou familiar de neoplasias. O índice tabágico (carga tabágica cumulativa) foi avaliado multiplicando-se o número de maços de cigarros fumados ao dia pelo número de anos de fumo e expresso como maços-ano. O nível de dependência à nicotina foi avaliado através da Escala de Fagerström, cuja pontuação varia de 0 a 10; valores superiores a 5 caracterizaram dependência moderada à alta^{19,20}. A motivação para parar de fumar foi avaliada através de uma escala numérica que varia de 0 (nenhuma vontade) a 10 (muita vontade de parar de fumar), sendo uma motivação \geq a 6 usada para inclusão no estudo. Os níveis de depressão e ansiedade foram determinados através do Inventário de Depressão (BDI) e de Ansiedade de Beck (BAI), questionários auto aplicados com 21 questões^{21,22}. Pacientes com quadro clínico de depressão foram abordados para controlar os sintomas antes da inclusão no grupo de TCC. A triagem para alterações do humor com o BDI e com o BAI não faz parte do programa oficial do Ministério da Saúde para abordagem do tabagista, mas foi acrescentado no estudo devido as características clínicas dos pacientes.

Intervenção

O programa de abordagem dos pacientes tabagistas seguiu as recomendações oficiais do Ministério da Saúde do Brasil. O mesmo foi constituído de 4 sessões de TCC

semanais e 2 quinzenais, realizadas com 10 a 15 pacientes por grupo, seguidas de reuniões mensais de manutenção por um período de um ano, proporcionadas aos pacientes em abstinência do tabagismo. As sessões de TCC abordaram temas como benefícios da cessação, estratégias de enfrentamento, prevenção de recaída e mudança de comportamento (controle dos gatilhos para fumar, orientação nutricional e prática de atividade física)²³. A possibilidade de insucesso no processo de cessação foi discutida em grupo e a continuidade do acompanhamento e a disponibilidade de uma nova intervenção no futuro foram asseguradas aos pacientes. Todos os pacientes receberam recomendação para evitar o consumo de álcool durante o processo de cessação.

Pacientes com dependência moderada ou alta à nicotina receberam medicação de suporte (bupropiona ou reposição de nicotina por 8 a 12 semanas) a partir da segunda sessão de TCC, de acordo com a prescrição médica. Alguns pacientes não receberam medicação de suporte pela mesma não estar momentaneamente disponível, ou pelo paciente ter optado por fazer uma tentativa de parar de fumar somente com a TCC. As taxas de abstinência do tabagismo em 8 semanas, 6 e 12 meses foram obtidas a partir do autorrelato dos pacientes nas sessões de TCC ou de manutenção, em retorno ambulatorial ou busca ativa no prontuário eletrônico. Pacientes foram considerados abstinentes se não haviam fumado na última semana na avaliação de 8 semanas, ou nas 4 últimas semanas nas avaliações de 6 e 12 meses. Pacientes que somente reduziram a carga tabágica com a intervenção foram considerados fumantes ativos. Pacientes que abandonaram o seguimento foram contatados por telefone para checar a situação tabágica. Quando não foi possível obter a informação o paciente foi considerado como fumante.

Cálculo do tamanho amostral e análise dos dados

O cálculo do tamanho amostral foi realizado considerando a proporção de pacientes que, após intervenção, poderia atingir abstinência do tabagismo. Utilizamos para base de cálculo dados descritos previamente para pacientes com e sem depressão²⁴. Considerando uma taxa de abstinência sustentada de 10% em pacientes com depressão e de 27% em pacientes sem depressão, um alfa de 0,05 e um poder de 90%, uma proporção de 2:1 seria necessário estudar 174 pacientes com depressão e 87 pacientes sem depressão em cada grupo (totalizando 260 pacientes) para alcançar um tamanho amostral adequado. Considerando uma taxa de perdas de 10% em longo prazo seriam necessários 287 pacientes.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0 e apresentados sob a forma de média±desvio padrão ou número total e % de casos. Pacientes recrutados que não compareceram ou que desistiram da TCC na primeira ou segunda sessão em grupo foram excluídos do estudo. Para estudar o impacto dos sintomas depressivos no processo de cessação foi criada uma categoria denominada padrão depressivo que incluiu pacientes com diagnóstico prévio de depressão, uso de antidepressivos e/ou $BDI \geq 16$, escore que corresponde a sintomas depressivos moderados a graves²⁵. A comparação entre os achados de pacientes com e sem padrão depressivo foi realizada através do teste t para variáveis independentes, teste de qui-quadrado ou teste de Mann-Whitney, de acordo com a distribuição dos dados. A associação entre as variáveis nos diferentes momentos de acordo com a situação tabágica foi estudada

através do teste de correlação de Spearman e teste de regressão linear. Na análise multivariada foram incluídas variáveis com $p < 0,20$. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado como estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Um total de 327 pacientes foram recrutados para participar do grupo de terapia cognitiva comportamental (TCC). Foram excluídos do estudo 27 pacientes que não compareceram na primeira sessão e 14 pacientes que desistiram do grupo de TCC na primeira ou segunda sessão. Os pacientes excluídos não diferiram do grupo de pacientes estudados quanto à idade, sexo, carga e dependência tabágica ou níveis de ansiedade e depressão ($p > 0,05$). Um total de 286 pacientes foi incluído na análise. As características basais dos 286 pacientes estudados são mostradas na tabela 1. A maioria da amostra foi constituída por mulheres e estas diferiram dos homens em relação ao número de cigarros fumados/dia ($31,3 \pm 15,3$ vs $36,8 \pm 15,7$; $p = 0,005$), número de anos de fumo ($37,4 \pm 9,6$ vs $40,1 \pm 10,7$; $p = 0,03$), índice tabágico ($57,8 \pm 33$ vs $76,4 \pm 43,3$; $p = 0,001$), intensidade da dependência à nicotina ($5,8 \pm 2,4$ vs $6,1 \pm 2,1$; $p = 0,003$) e níveis de ansiedade (BAI; $20,4 \pm 12,3$ vs $14,4 \pm 10,6$; $p = 0,001$) e de depressão (BDI; $16,8 \pm 10,7$ vs $13,3 \pm 8,8$; $p = 0,004$).

Dos 286 pacientes estudados, 23 (8,0%) não apresentavam comorbidades, 55 (19,2%) apresentavam uma e 85 (29,7%) duas comorbidades. Os demais 123 pacientes (43%) apresentavam 3 ou mais comorbidades. As comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica ($n = 109$), doença pulmonar obstrutiva crônica ($n = 72$), diabetes ($n = 49$), cardiopatia isquêmica ($n = 36$), asma ($n = 30$), acidente

vascular cerebral (n=18) e insuficiência cardíaca congestiva (n=15). Diagnóstico prévio de depressão e/ou uso de antidepressivo esteve presente em 166 pacientes (58%); quando considerados também os escores do $BDI \geq 16$, padrão depressivo foi identificado em 183 pacientes (64%), sendo mais frequente nas mulheres que nos homens (71,5% vs 48,4%, $p < 0,0001$, tabela 2). Sintomas de ansiedade ($BAI \geq 10$) foram detectados em 188 pacientes (65,7%). Em 41 casos havia relato de história pessoal e em 109 casos de história familiar de câncer. Treze pacientes consumiam álcool diariamente, e 28 referiam passado de alcoolismo, porém estavam em abstinência. Em 83 casos foi referido consumo eventual de álcool. Os demais pacientes negavam uso de álcool.

Trinta e sete pacientes (12,9%) participaram de 3 sessões de TCC, 54 (18,9%) de 4 sessões, 81 (28,3%) de 5 sessões e 114 (39,9%) compareceram a todas as 6 sessões de TCC. Dos pacientes que realizaram TCC, 236 receberam medicação para controle dos sintomas de abstinência à nicotina. Em 164 casos (57,3%) foi usada reposição de nicotina (adesivo e/ou goma), em 59 casos (20,6%) bupropiona e em 13 (4,5%) pacientes foi realizado tratamento combinado (nicotina e bupropiona). Cinquenta pacientes não receberam medicação para controle dos sintomas de abstinência. Os pacientes que não receberam medicação apresentavam uma dependência à nicotina mais baixa ($4,1 \pm 2,3$ vs $6,4 \pm 1,9$; $p = 0,0001$), menor consumo de cigarros por dia ($29,3 \pm 16$ vs $33,9 \pm 15,5$; $p = 0,01$) e menor motivação para parar de fumar ($8,1 \pm 1,8$ vs $8,8 \pm 1,4$; $p = 0,03$). As demais variáveis não foram significativamente diferentes entre os dois grupos.

As taxas de cessação foram de 60,1% (n=172) em 8 semanas, 46,5% (n=133) em 6 meses e 38,1% (n=109) em 12 meses. Na comparação entre os pacientes que pararam de fumar e os que permaneceram fumando na oitava sessão de TCC houve diferença na idade de início do tabagismo ($14,6 \pm 3,7$ vs $15,6 \pm 4,2$; $p=0,03$) e no número de cigarros fumados ao dia ($31,6 \pm 14,3$ vs $35,3 \pm 17,2$; $p=0,04$). Apresentar padrão depressivo ou apresentar escores de BDI \geq a 10 não influenciou nas taxas de cessação em curto prazo (Tabela 2). Entretanto, o uso de medicação para controle dos sintomas de abstinência à nicotina modificou os resultados em curto prazo. A taxa de cessação do tabagismo na oitava semana foi de 62,3% entre os pacientes que receberam medicação e de 40% entre os que não receberam (X^2 , $p=0,003$). Quando os pacientes foram comparados de acordo com o tipo de medicação que receberam observou-se uma maior taxa de cessação na oitava semana no grupo que usou nicotina do que no grupo que usou bupropiona (69,5% vs 44,8%; $p=0,01$), sendo observado resultado semelhante quando foram analisadas somente as mulheres (67,6% vs 44,9%; $p=0,02$). Ainda, a participação nas reuniões de TCC se relacionou com as taxas de cessação na oitava semana. No grupo de pacientes que participaram de apenas 3 sessões 8,1% estavam sem fumar na oitava semana contra 87,7% no grupo de pacientes que participou de 6 sessões (X^2 ; $p=0,0001$). Não houve diferença em relação à idade, ao sexo, à dependência à nicotina, à motivação para parar de fumar e aos escores do BAI e do BDI, entre os que pararam e os que permaneceram fumando ($p>0,05$).

A análise da relação entre situação tabágica na oitava semana e demais variáveis estudadas mostrou que um menor número de cigarros fumados por dia, o uso de medicação para controle dos sintomas de abstinência e um maior número de

reuniões de TCC foram fatores preditores de cessação em curto prazo. A melhor associação foi observada com a participação nas sessões de TCC ($r=0,59$, $p=0,0001$). A análise multivariada, além das variáveis acima incluiu anos de fumo, idade de início do tabagismo e ocorrência de padrão depressivo. Apenas o número de sessões de TCC e o número de cigarros fumados por dia permaneceram no modelo para prever a cessação do tabagismo em curto prazo ($r^2=0,35$; $p=0,0001$).

Quando examinada a situação tabágica aos 12 meses foi observado que pacientes com padrão depressivo na avaliação inicial apresentaram taxa de cessação do tabagismo menor que a dos pacientes sem padrão depressivo (32,2% vs 46,1%; X^2 , $p=0,01$; Tabela 2). Resultado semelhante foi obtido com os pacientes categorizados de acordo com o BDI. A cessação em 12 meses foi de 32,6% nos pacientes com $BDI \geq 10$ e de 51,3% em pacientes com $BDI < 10$ na avaliação basal (X^2 ; $p=0,004$). Ainda, o número de sessões de TCC influenciou na cessação do tabagismo em longo prazo. A taxa de cessação em 12 meses foi 10,8% no grupo de pacientes que participou de apenas 3 sessões e de 55,1% no grupo de pacientes que participou de 6 sessões de TCC (X^2 ; $p=0,0001$).

Por outro lado, não foram observadas diferenças nas taxas de cessação em 12 meses em relação à idade, ao sexo, à carga tabágica, à dependência à nicotina, à motivação para parar de fumar, ao uso de antidepressivo, ao uso de medicação para controle dos sintomas de abstinência à nicotina e aos escores basais do BAI e do BDI ($p > 0,05$). Houve associação entre cessação em 12 meses e participação nas reuniões de TCC ($r=0,28$, $p=0,0001$), presença de padrão depressivo ($r=0,14$; $p=0,02$), estar sem fumar na oitava semana ($r=0,36$, $p=0,0001$) e no sexto mês ($r=0,78$; $p=0,001$). Na

análise multivariada, além das variáveis acima foram incluídos idade, anos de fumo, grau de dependência à nicotina, idade de início do tabagismo, presença de ansiedade, escores do BDI e uso de medicação. No modelo final permaneceu apenas a situação tabágica aos 6 meses ($r^2=0,59$; $p=0,0001$).

A trajetória dos pacientes em relação ao tabagismo é apresentada na Tabela 3. Oitenta e cinco pacientes (29,7%) estavam fumando e 82 (28,7 %) estavam abstinentes nos três momentos avaliados (8 semanas, 6 e 12 meses). Entre os pacientes que estavam fumando na oitava semana da TCC 23 (8%) pararam de fumar na etapa de manutenção. Entre os pacientes que estavam sem fumar na primeira avaliação 64 (22,4%) recaíram nos primeiros 6 meses e 23 (8%) recaíram entre 6 e 12 meses. A situação tabágica dos pacientes nos três momentos analisados é mostrada na tabela 3.

DISCUSSÃO

O estudo avaliou os efeitos em curto e longo prazo de uma intervenção baseada em TCC e farmacoterapia (reposição de nicotina ou bupropiona), preconizada pelo Ministério da Saúde para pacientes tabagistas, e faz parte das iniciativas para a implementação da Convenção Quadro no Brasil. As taxas de abstinência foram 60,1% em 8 semanas, 46,5% em 6 meses e 38,1% em 12 meses. Estas taxas de cessação em 12 meses são maiores que as descritas previamente de 16,4% para pacientes que receberam TRN e de 23,1% a 30,3% para pacientes que usaram bupropiona^{26,27}, e superiores as encontradas em outro estudo brasileiro de 36,5% em 6 meses e de 33,6% em 12 meses²⁸.

Na análise dos resultados é preciso considerar o perfil dos pacientes recrutados, uma vez que a maioria da amostra apresentava carga e dependência tabágica altas,

múltiplas comorbidades, várias decorrentes ou que agravavam com o tabagismo, e alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão, características estas que refletem o perfil de pacientes atendidos em um hospital terciário do sistema único de saúde no Brasil. Nos estudos de Hurt *et al*²⁶ e Jorenby *et al*²⁷ fatores que poderiam influenciar no processo de cessação como ser portador de doença crônica, de ansiedade ou depressão ou conviver com fumantes foram considerados critérios de exclusão.

Chama a atenção a predominância de mulheres na nossa amostra, achado descrito em estudo prévio realizado no Brasil²⁸, que reflete a população de pacientes atendidos no nosso ambulatório especializado em tabagismo, mas que está em desacordo com a distribuição do tabagismo por gênero no Rio Grande do Sul e no Brasil²⁹. Uma vez que foram estudados apenas os pacientes recrutados para TCC, este estudo não foi capaz de identificar se o sexo teve influência sobre a decisão de parar de fumar, sobre a necessidade de suporte para cessação ou sobre o acesso ao atendimento especializado em decorrência de atividades laborais. Previamente foi relatado que as mulheres procuram auxílio para cessação mais frequentemente que os homens³⁰.

As mulheres, em comparação com os homens, apresentaram menor carga tabágica e menor dependência à nicotina, com taxas de cessação comparáveis as dos homens, achado semelhante ao descrito por Munafo *et al*.³¹ Por outro lado, a informação de estudo prévio de que a TRN poderia ser menos efetiva em mulheres³² não foi confirmada pelos nossos achados, que mostraram resultados superiores com a TRN em comparação com a bupropiona em ambos os sexos. A alta prevalência de depressão nas mulheres na nossa amostra pode ter contribuído, ao menos em parte, pela discrepância nos resultados observada entre os estudos. O

screening para depressão, realizado na rotina ambulatorial, e a abordagem efetiva dos sintomas depressivos antes da inclusão no grupo de TCC, pode ter contribuído para melhorar os resultados do grupo que recebeu TRN, uma vez que esta era a terapia escolhida na maioria dos pacientes que estavam recebendo antidepressivo.

Este estudo não foi desenhado para avaliar o impacto da TCC na cessação do tabagismo. Entretanto, um grupo de 50 pacientes que fumavam menos, tinham menor dependência à nicotina, menor motivação para parar de fumar foi tratado exclusivamente com TCC. Neste grupo a taxa de cessação do tabagismo foi de 40% na oitava semana, em comparação aos 62,3% observados no grupo que recebeu medicação. A cessação em curto prazo no grupo sem medicação para controle dos sintomas de abstinência foi semelhante às taxas encontradas previamente³³, porém nossa taxa em longo prazo foi superior aos 3-5% de abstinência em 6 meses descritos por Hughes *et al.*⁸ Lancaster e Stead³³ em sua metanálise mostraram aumento das taxas de abstinência mantidas apenas com uso de TCC (OR 1,56 9% CI 1,32-1,84). Por outro lado, a relação observada no nosso estudo entre número de sessões de TCC e cessação do tabagismo em curto prazo corrobora os achados prévios de Dorner *et al.*³⁴. Adicionalmente, a influência das sessões de TCC no sucesso em longo prazo reforça a importância desta intervenção na abordagem do tabagismo.

Pacientes que fumam um menor número de cigarros/dia tem uma maior chance de parar de fumar como demonstrado por nosso estudo e por estudos prévios^{16,11}. Hymowitz *et al.*¹¹ já haviam relatado que fumar mais de 25 cigarros/dia é um fator dificultador da cessação. A quantidade de cigarros fumados por dia tem uma relação direta com a intensidade da dependência à nicotina, sendo, juntamente com o tempo

entre despertar pela manhã e fumar o primeiro cigarro, os itens com maior pontuação na escala de dependência de Fagerström¹⁹. Entretanto, o grau de dependência à nicotina não foi um fator determinante na cessação do tabagismo no nosso estudo, talvez porque a maioria dos pacientes recebeu suporte medicamentoso para controlar os sintomas de abstinência.

Alguns estudos mostraram diferenças relacionadas com sexo, idade, consumo de álcool, comorbidades, motivação e fatores socioeconômicos no sucesso da cessação^{11-13,16}. Os estudos acima sugeriram que as mulheres tem mais dificuldade para parar de fumar, porém observamos taxa de cessação das mulheres foi semelhantes à dos homens, apesar da alta prevalência de sintomas depressivos e ansiedade no sexo feminino. O manejo dos sintomas depressivos antes da inclusão no grupo de TCC pode ter contribuído para estes resultados. A não interferência das comorbidades na cessação pode estar associada com as características dos pacientes, uma vez que apenas 8% não apresentaram comorbidades. Do mesmo modo a avaliação do impacto do consumo de álcool, da influência da motivação para parar de fumar e da situação sócio econômica no processo de cessação ficou uma vez que os pacientes foram orientados a não consumir álcool no seguimento, pertenciam ao mesmo estrato econômico e a motivação era um dos critérios de inclusão para o grupo de TCC.

Diversos estudos têm evidenciado a relação entre tabagismo e doença psiquiátrica³⁵⁻³⁷. No geral, pessoas com doença mental são duas vezes mais propensas a fumar e fumam mais que a população em geral³⁸. Pacientes deprimidos tem maior dificuldade para parar de fumar³⁹, piores crises de abstinência à nicotina e maiores

índices de recaída após o tratamento^{40,41}. Nossos resultados mostraram que os sintomas depressivos e os escores do BDI não interferiram na taxa de cessação em curto prazo. Entretanto, apresentar um padrão depressivo ou ter um BDI \geq 10 foram fatores de risco para falência na cessação tabágica em 12 meses. O papel do BDI na avaliação do tabagista havia sido descrito previamente por Berlin e Covey³⁶ que avaliaram 600 fumantes e observaram que aqueles com BDI \geq 10 tiveram menos chances de ficar abstêmios em três meses (OR 6,39; IC 95%:1,44-28,3; p=0,01). Gierich et al⁴², mostraram que o uso de antidepressivos no grupo de pacientes com depressão não aumentou as taxas de sucesso na cessação, mesmo com o uso de bupropiona, e confirmou que pacientes com depressão tem índices mais altos de lapsos e recaídas.

Dois aspectos da trajetória dos tabagistas chamam a atenção no nosso estudo. Primeiro, 29% dos pacientes estavam sem fumar na oitava semana da TCC e mantiveram-se abstêmios em 12 meses, reforçando assim a importância da abstinência precoce. A demora em atingir a abstinência prediz menor sucesso entre os tabagistas em tentativa de cessação⁴³. Recaídas precoces, especialmente no primeiro mês após a cessação, se acompanharam de sintomas de abstinência mais intensos e de humor depressivo comparado aos abstêmios¹⁸. Por outro lado, estar sem fumar nas duas primeiras semanas de tratamento, mais especialmente na segunda semana, foi um forte preditor de cessação⁴⁴. Segundo, cerca de um terço dos pacientes que estavam sem fumar na oitava semana recaíram, sendo a maior proporção das recaídas nos primeiros 6 meses. Estes achados reforçam a necessidade de uma reavaliação frequente dos pacientes nos primeiros meses da fase de manutenção⁴⁰, com atenção

especial aos sinais de vulnerabilidade para recaída, como a presença de lapsos, o aumento dos sintomas depressivos ou ansiedade e aumento de peso. Medidas individualizadas podem ser necessárias para manter o paciente sem fumar.

Nosso estudo tem diversos pontos positivos. O primeiro deles é mostrar que um programa governamental implementado pelo Ministério da Saúde do Brasil dentro das proposições da Convenção Quadro para controle do tabaco apresentou resultados comparáveis aos de diversos ensaios clínicos que incluíram pacientes sem comorbidades e sem alteração do humor. Adicionalmente, nosso estudo tem a utilidade prática de sugerir que uma triagem para ansiedade e depressão deva ser realizada, principalmente nos pacientes com dificuldade para parar de fumar, ou que fumem apesar de apresentar doenças relacionadas com o consumo de tabaco. Ainda, considerando as diferentes trajetórias dos pacientes em cessação do tabagismo podemos sugerir que o relato da situação tabágica apenas na quarta semana, conforme é solicitado pelo ministério da Saúde é insuficiente para avaliar o impacto do programa na cessação. Do mesmo modo, o seguimento através de reuniões em grupo mensais pode servir de suporte para os pacientes em maior risco para recair.

Nosso estudo também apresenta limitações. Uma delas é que as taxas de abstinência foram baseadas em autorrelato. Entretanto, segundo Velicer⁴⁵ o autorrelato apresenta baixas taxas de erro, baixo custo e acessibilidade. Uma metanálise de 26 artigos comparou testes bioquímicos como a medida da cotinina sérica ou salivar com autorrelato por questionários e obteve alta especificidade e sensibilidade. Na maioria dos estudos a utilização de autorrelato parecer ser acurada⁴⁶. Outra limitação foi não termos feito uma monitorização periódica das alterações do humor na fase de

manutenção. Isto impossibilitou testar o efeito da detecção e do manejo precoce das alterações do humor sobre a recaída do tabagismo.

Concluindo, nosso estudo demonstrou que o programa implementado pelo Ministério da Saúde no sistema único de saúde brasileiro e que reflete a “vida real” atinge taxas de cessação do tabagismo comparáveis as obtidas em ensaios clínicos. Um menor consumo diário de cigarros, a participação nas sessões de TCC e o uso da medicação para controle dos sintomas de abstinência são fatores preditores importantes para cessação em curto prazo. Por outro lado, a cessação precoce e a ausência de sintomas depressivos foram fatores preditores de sucesso em longo prazo. Assim, utilizar medicação para controlar os sintomas de abstinência à nicotina, estimular os pacientes a participar das sessões de TCC e monitorizar as alterações do humor podem ser estratégias úteis para modificar a trajetória do tabagista em processo de cessação.

REFERÊNCIAS

1. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: WHO; 2011. Accessed online: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf.
2. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *BMJ* 1977; 1: 1645–1648.
3. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Buist AS. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic

- obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161: 381–390.
4. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA* 2003;290 (1) 86- 97.
 5. Kenfield SA, Stampfer MJ, Rosner B, Colditz GA. Smoking and Smoking Cessation in Relation to Mortality in Women. *JAMA* 2008; 299:2037-2047.
 6. Jarvis MJ, McIntyre NC, Bates C. Effectiveness of smoking cessation initiatives *BMJ* 2002; 324:608-609.
 7. Aveyard P, West R. Managing smoking cessation. *BMJ* 2007; 335:37-41.
 8. Hughes JR, Keely j NAud S. Shape of the relapse curve and long term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004; 99(1); 29-38.
 9. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. *J Pneumol* 2004; 30: S1-S76.
 10. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn VR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob. Control* 1997; 6: 57-62.
 11. Hymowitz N, Sexton M, Ockene J, Grandits G, Baseline factors associated with smoking cessation and relapse. *Prev Med* 1992; 20: 590-595.
 12. Adams SG, Pugh JA, Kazis LE, Lee S, Anzueto A. Characteristics Associated with Sustained Abstinence from Smoking Among Patients with COPD. *The American Journal of Medicine* 2006; 119: 441-447.

13. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tob Control* 1998; 7: 262–267.
14. Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the international Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006;15: 83-94.
15. Bernstein SL, Coopermann N, Jearld S, Moadel A, Bijur P, Gallagher EJ. Predictors of in-person follow-up among subjects in an ED-based smoking cessation trial. *American Journal of Emergency Medicine* 2012; 30: 2067-2069.
16. Monsó E, Campbell J, Tønnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tob. Control* 2001;10: 165-169.
17. Wong DCN, Chan SS, Fong DY, Leung DY, Lam DO, Lam TH. Quitting Trajectories of Chinese Youth Smokers Following Telephone Smoking Cessation Counseling: A Longitudinal Study. *Nicotine & Tob Res* 2011; 13:848-859.
18. Cofta-Woerpel L, McClure JB, Li Y, Urbauer D, Cinciripini PM, Wetter DW. Early cessation success or failure among women attempting to quit smoking: trajectories and volatility of urge and negative mood during the first postcessation week. *J Abnorm Psychol* 2011; 120:596-606.

19. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978; 3:235-41.
20. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e a tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med* 2002; 59:73-80.
21. Beck AT, Ward CH, Mendelson NM, MockL, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
22. Beck AT, Epstein N, Brown R, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-897.
23. Tonnessen P, Mikkelsen K, Bremann L. Nurse conducted smoking cessation in patients with COPD using nicotine sublingual tablets and behavioral support. *Chest* 2006; 130; 334-342.
24. Thorndike AN, Regan S, McKool K, Pasternak RC, MD; Swartz S, et al. Depressive symptoms and smoking cessation after hospitalization for cardiovascular disease. *Arch Intern Med* 2008;168:186-191.
25. Lustman PJ, Clouse RE, Griffith LS, Carney RM, Freedland KE. Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosom Med* 1997; 59:24-31.
26. Hurt RD, Sacha DPL, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, et al. A Comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337:1195-1202.

27. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA. A controlled trial of sustained release bupropion, nicotine patch or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340:685-693.
28. Prado GF, Lombardi EMS, Bussacos MA, Arabal-Fernandes FL, Terra-Filho M, Santos UP. A real-life study of the effectiveness of different pharmacological approaches to the treatment of smoking cessation: re-discussing the predictors of success. *Clinics* 2011; 66:65-71.
29. Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PPV, Costa e Silva VL. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos Estados e no Distrito Federal. *J Bras Pneumol.* 2010; 36:75-83.
30. Zhu S, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. *Am J Prev Med* 2000; 18:305-311.
31. Munafò M, Bradburn M, Bowes L, David S. Are there sex differences in transdermal nicotine replacement therapy patch efficacy? A meta-analysis. *Nicotine Tob Res* 2004; 6:769-776.
32. Perkins KA, Scott MA. Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. *Nicotine Tob Res* 2008; 10:1245-1250.
33. Lancaster T, Stead L. Individual behavioral counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Sys Rev* 2008. Accessed online at <http://www.thecochranelibrary.com/CD001292>.

34. Dorner TE, Tröstl A, Womastek I, Groman E. Predictors of Short-Term Success in Smoking Cessation in Relation to Attendance at a Smoking Cessation Program. *Nicotine & Tob Res* 13:1068-1075.
35. Kenney BA, Holahan CJ, North RJ, Holahan CK. Depressive symptoms and cigarette smoking in American workers. *Am J Health Prom* 2006; 20: 179-182.
36. Berlin I, Covey LS. Pre-cessation depressive mood predicts failure to quit smoking: the role of coping and personality traits. *Addiction* 2006; 101:1814-1821.
37. Bridget F. Grant BF, Hasin DS, Chou P, Stinson FS, et al. Nicotine Dependence and Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61(11): 1107-15.
38. Lesse K, Boyd JW, Woolhander S, Himmelstein DU, McCornwick D, Bor DH. Smoking and mental illness: population-based prevalence study. *JAMA*, 2000; 284: 2606-2610.
39. Catley D, Harris KJ, Okuyemi KS, Mayo MS, Pankey E, Ahluwalia JS. The influence of depressive symptoms on smoking cessation among African Americans in a randomized trial of bupropion. *Nicotine & Tob Res* 2005; 7: 859-870.

40. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav* 1982; 7: 133-142.
41. Covey LS. Tobacco cessation among patients with depression. *Prim Care* 1999; 26: 691-706.
42. Gierich JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JW Jr. Smoking Cessation Interventions for Patients with Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2011; 27:351–360.
43. Hughes JR, Callas PW. Is delaying a quit attempt associated with less success? *Nic Tob Res*, 2011; 13:1228-1232.
44. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB. Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA*, 1994;27:589-594.
45. Velicer WF, Prochaska JO, Rossi JS, Snow MG. Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychool Bull* 1992; 111:23-41.
46. Patrick DL, Chadle A, Thompson DC. The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *Am J Public Health* 1994; 84:1086-1093.

Tabela 1 - Características basais dos pacientes tabagistas

Características	Média ± DP
Sexo feminino / masculino, número	193 / 93
Idade, anos	53,3 ± 9,5
Cigarros/dia, número	33,3 ± 15,6
Tempo de fumo, anos	38,3 ± 10,0
Idade de início do tabagismo, anos	15,0 ± 3,9
Iniciou a fumar antes dos 19 anos, número (%)	245 (85,7)
Índice tabágico, maços-ano	63,4 ± 38,0
Dependência à nicotina (TF)	6,0 ± 2,2
Motivação para parar de fumar, (0 a 10)	8,7 ± 1,5
Escore de ansiedade (BAI)	18,5 ± 12,1
Escore de depressão (BDI)	15,7 ± 10,2
Comorbidades, número (%)	
0	23 (8,0)
1	55 (19,2)
2	85 (29,7)
≥ 3	123 (43)

BAI: Inventário de Ansiedade de Beck
 TF: Teste de Fagerström

BDI: Inventário de Depressão de Beck

Tabela 2 - Comparação das características dos pacientes tabagistas com e sem perfil depressivo

	Perfil depressivo		P
	Presente	Ausente	
Sexo feminino / masculino, %	71,5 / 48,4	28,5 / 51,6	0,0001
Idade, anos	52,9 ± 9,6	53,8 ± 9,4	0,59
Cigarros/dia, número	32,9 ± 16,2	33,5 ± 14,9	0,42
Tempo de fumo, anos	38,3 ± 9,8	38,3 ± 10,5	0,97
Início do tabagismo, anos	14,6 ± 3,5	15,7 ± 4,6	0,02
Índice tabágico, maços-ano	63,6 ± 38,5	64,4 ± 36,3	0,95
Motivação para parar de fumar	8,7 ± 1,4	8,6 ± 1,5	0,16
Dependência à nicotina (TF)	6,1 ± 2,0	5,8 ± 2,4	2,34
Escore de ansiedade (BAI)	21,5 ± 12,4	12,4 ± 8,6	0,001
Escore de depressão (BDI)	19,3 ± 10,2	8,6 ± 5,6	0,001
Comorbidades, número	2,9 ± 1,5	1,7 ± 1,3	0,09
Sessões de TCC, número	5,0 ± 1,0	4,0 ± 1,0	0,16
Medicação de apoio*, %	86,3	75,7	0,02
Cessação em 8 semanas, %	57,9	59,2	0,90
Cessação em 6 meses, %	43,2	51,5	0,21
Cessação em 12 meses, %	32,2	46,6	0,01

TF: Teste de Fagerstr m

BAI: Inventário de Ansiedade de Beck

BDI: Inventário de Depressão de Beck

TCC: Terapia cognitivo-comportamental

* Nicotina e/ou bupropiona

Tabela 3 - Trajetória dos pacientes em relação ao tabagismo

Trajetória	número (%)	Abstinentes (sem fumar)		
		8 semanas	6 meses	12 meses
1	85 (29,7)	Não	Não	Não
2	23 (8,0)	Não	Sim	Sim
3	1 (0,3)	Não	Não	Sim
4	5 (1,7)	Não	Sim	Não
5	82 (28,7)	Sim	Sim	Sim
6	64 (22,4)	Sim	Não	Não
7	23 (8,0)	Sim	Sim	Não
8	3 (1,0)	Sim	Não	Sim

7. CONCLUSÕES

- Com a utilização de terapia combinada (cognitivo-comportamental e tratamento farmacológico) as taxas de cessação do tabagismo na oitava semana foram de 60,1%.
- As taxas de cessação do tabagismo em longo prazo foram menores, 46,5% aos 6 meses e 38,1% aos 12 meses.
- Sintomas de ansiedade foram detectados em 65,7% dos pacientes e padrão depressivo em 64%, sendo estes achados mais frequentes nas mulheres que nos homens. Pacientes com padrão depressivo tiveram uma menor taxa de cessação do tabagismo em longo prazo em comparação com os pacientes sem padrão depressivo.
- Os principais preditores de sucesso na cessação do tabagismo em curto prazo foram menor consumo diário de cigarros, uso de medicação para controle dos sintomas de abstinência e maior participação nas sessões de TCC.
- Os preditores de sucesso na cessação do tabagismo em longo prazo (12 meses) foram ausência de padrão depressivo, maior frequência nas sessões de TCC e abstinência do tabaco aos 6 meses. Na análise multivariada o único fator que permaneceu no modelo foi a cessação aos 6 meses.
- A análise da trajetória dos tabagistas no processo de cessação reforça a importância da abstinência precoce (em 8 semanas) para a cessação em longo prazo. Entretanto, em cerca de 8% dos pacientes a cessação é mais tardia.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabaco mantém-se como uma das principais causas de morbimortalidade mundial e assim faz-se necessário aprimorar o entendimento sobre os principais fatores que dificultam o abandono do tabaco. Este maior entendimento pode contribuir para qualificar a abordagem da dependência à nicotina.

O papel da abordagem multidisciplinar no manejo do tabagismo está bem estabelecido. Do mesmo modo a TCC contribui para que o paciente entenda a sua dependência e elabore estratégias de enfrentamento. Nosso estudo identificou três fatores importantes para a cessação em curto prazo: a intensidade da TCC avaliada pelo número de sessões, o uso de medicação de suporte para controle da abstinência à nicotina, e um consumo menor de cigarros por dia. A abstinência à nicotina traz uma série de sintomas e estes podem ser minimizados com a TRN e o uso de bupropiona, que ainda têm um custo elevado. Portanto, o fornecimento regular da terapia medicamentosa às instituições que realizam a TCC visando a cessação é importante.

Um achado importante no nosso estudo foi o efeito dos sintomas depressivos sobre as taxas de cessação em longo prazo, demonstrando que este grupo de pacientes tem mais recaídas. Embora não se tenha evidências na literatura que o uso de antidepressivos possa incrementar as taxas de cessação, encontramos taxas de cessação surpreendentemente superiores as relatadas previamente com a associação de TCC e TRN, achado este mais evidente em mulheres. Interessantemente, o grupo feminino apresentava uma prevalência maior de sintomas depressivos e estes estavam sendo tratados. Deste modo, novos estudos são necessário para avaliar o real impacto

do controle adequado da depressão no processo de cessação e determinar qual a melhor alternativa terapêutica para estes pacientes. Adicionalmente, nosso estudo sugere que a interação com distúrbios do humor deva ser ponderada nas intervenções de cessação do tabagismo, e que o grupo de pacientes com sintomas depressivos talvez pudesse se beneficiar de um seguimento mais cuidadoso.

As informações reunidas neste estudo poderão ser úteis para delinear futuras investigações, trabalhos prospectivos, visando caracterizar melhor o impacto das alterações do humor e de sua abordagem na cessação do tabagismo e principalmente na prevenção da recaída. Esses novos conhecimentos podem servir de base para o aperfeiçoamento da abordagem individualizada, de acordo com a situação clínica do tabagista. Um segundo desafio será transportar estas novas informações para a rede pública de abordagem do tabagismo.

9. ANEXOS

ANEXO A: TESTE DE FAGERSTRÖM

TESTE DE FAGERSTRÖM

	pontos	soma
Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?		
após 60 minutos	0	
entre 31 e 60 minutos	1	
entre seis e 30 minutos	2	
nos primeiros cinco minutos	3	
Você encontra dificuldades em evitar de fumar em locais proibidos, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc?		
não	0	
sim	1	
Qual o cigarro mais difícil de largar de fumar?		
qualquer outro	0	
o primeiro da manhã	1	
Quantos cigarros você fuma por dia?		
menos de 10 cigarros	0	
entre 11 e 20 cigarros	1	
entre 21 e 30 cigarros	2	
mais de 30 cigarros	3	
Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?		
não	0	
sim	1	
Você fuma mesmo estando doente ao ponto de ficar acamado na maior parte do dia?		
não	0	
sim	1	

Pontuação:

0 a 4 – dependência leve; 5 a 7 – dependência moderada e 8 a 10 – dependência grave

II Consenso Brasileiro de DPOC 2004 (modificado de Fagestrom K 1989)

ANEXO B: ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK**ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK****(BECK-A)**

Data: ____ / ____ / ____

Checado por: _____

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	<u>Ausente</u>	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensações de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro (a)				
9. Apavorado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo (a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto abdominal				
19. Desmaios				
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

ANEXO C: ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK

ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK

(BDI)

Data. ____ / ____ / ____

Checado por: _____

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Marque um X no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1. 0 = não me sinto triste
 1 = sinto-me triste
 2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
 3 = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar
2. 0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro
 1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro
 2 = sinto que não tenho nada por que esperar
 3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
3. 0 = não me sinto fracassado(a)
 1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
 2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
 3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa
4. 0 = não obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer
 1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
 2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
 3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
5. 0 = não me sinto particularmente culpado(a)
 1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
 2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
 3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

6. 0 = não sinto que esteja sendo punido(a)
1 = sinto que posso ser punido(a)
2 = espero ser punido(a)
3 = sinto que estou sendo punido(a)
7. 0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
3 = eu me odeio
8. 0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa
1 = critico minhas fraquezas ou erros
2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
9. 0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante
2 = gostaria de me matar
3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
10. 0 = não costumo chorar mais do que o habitual
1 = choro mais agora do que costumava chorar antes
2 = atualmente choro o tempo todo
3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo mesmo que queira
11. 0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época
1 = fico molesto(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me
12. 0 = não perdi o interesse nas outras pessoas
1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. 0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época
1 = adio minhas decisões mais do que costumava
2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
3 = não consigo mais tomar decisões

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

14. 0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
3 = considero-me feio(a)
15. 0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
3 = não consigo fazer trabalho nenhum
16. 0 = durmo tão bem quanto de hábito
1 = não durmo tão bem quanto costumava
2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
17. 0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito
1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava
2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa
3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
18. 0 = o meu apetite não está pior do que de hábito
1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser
2 = meu apetite está muito pior agora
3 = não tenho mais nenhum apetite
19. 0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente
1 = perdi mais de 2,5 kg estou deliberadamente
2 = perdi mais de 5,0 kg tentando perder peso,
3 = perdi mais de 7,0 kg comendo menos: () sim () não
20. 0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde
1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre
2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso
3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

21. 0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava
2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente
3 = perdi completamente o interesse por sexo

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.