

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE MEDICINA

ALYNE MAYARA OLINTO TORRES VERÍSSIMO
JENNIFER DE MELO ROCHA
MIRNNA LOPES DE AQUINO
SARA AMARAL TAIRA

**PREVALÊNCIA DA ABSTINÊNCIA AO TABAGISMO ENTRE OS
PARTICIPANTES DE UM PROJETO TRATAMENTO DO
TABAGISMO: ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR**

Campina Grande
2013

ALYNE MAYARA OLINTO TORRES VERÍSSIMO
JENNIFER DE MELO ROCHA
MIRNNA LOPES DE AQUINO
SARA AMARAL TAIRA

**PREVALÊNCIA DA ABSTINÊNCIA AO TABAGISMO ENTRE OS
PARTICIPANTES DE UM PROJETO TRATAMENTO DO
TABAGISMO: ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR**

Monografia apresentada para Banca Examinadora como parte dos requisitos necessários para conclusão do Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande para obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientação: Dr^a. Deborah Rose Galvão Dantas

Campina Grande
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL DO CCBS - UFCG

V517p

2013 Veríssimo, Alyne Mayara Olinto Torres.

Prevalência da abstinência ao tabagismo entre os participantes de um projeto tratamento do tabagismo: enfoque multidisciplinar / Alyne Mayara Olinto Torres, Jennifer de Melo Rocha, Mirna Lopes de Aquino, Sara Amaral Taira. — Campina Grande, 2013.

42 f.

Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientadora: Dr^a. Deborah Rose Galvão Dantas.

1. Tabagismo. 2. Abstinência. 3. Tratamento Multidisciplinar. 4. Bupropiona. I. Título.

CDU-613.84 (043)

ALYNE MAYARA OLINTO TORRES VERÍSSIMO
JENNIFER DE MELO ROCHA
MIRNNA LOPES DE AQUINO
SARA AMARAL TAIRA

**PREVALÊNCIA DA ABSTINÊNCIA AO TABAGISMO ENTRE OS
PARTICIPANTES DE UM PROJETO TRATAMENTO DO
TABAGISMO: ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR**

Monografia apresentada para Banca Examinadora como parte dos requisitos necessários para conclusão do Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande para obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Aprovada em: 15/10/2013.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dr^a. Deborah Rose Galvão Dantas
Orientadora (Universidade Federal de Campina Grande)

Professor(a) Dr^a Consuelo Padilha Villar Salvador
Membro(Universidade Federal de Campina Grande)

Professor(a) Ana Fábria da Mota Rocha Farias
Membro (Universidade Federal de Campina Grande)

RESUMO

Introdução: o tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde(OMS) como um dos maiores problemas de saúde pública, a principal causa evitável de morte e responsável por cerca de 5 milhões de óbitos anuais no mundo. Nesse contexto, o PROJETO TRATAMENTO DO TABAGISMO: ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR (PTEM) visa colaborar com a saúde pública, diminuindo a prevalência do tabagismo e, assim, atuando ativamente na prevenção de doenças. **Objetivo:** mensurar a prevalência da abstenção do tabagismo em pacientes atendidos pelo PTEM. **Método:** estudo de corte transversal realizado através da análise de fichas clínicas dos participantes do PTEM, realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), em Campina Grande-PB. **Resultados:** foram analisadas 292 fichas clínicas dos pacientes, sendo a maioria do sexo feminino (72,6%), católicos (74,0), pardos (52,1%), casados (46,6%). Quanto à escolaridade, constatou-se que a idade média de início do tabagismo foi menor em indivíduos sem escolaridade formal (13 vs 15 anos). A frequência da utilização de cigarros foi maior entre os sem escolaridade formal e entre os que não conseguiram parar de fumar e os indivíduos do sexo feminino iniciaram-se no tabagismo mais precocemente. Com relação à abstinência, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sócio-demográficas. **Conclusão:** O percentual de abstinência não difere em função do sexo, estado civil, escolaridade, atividade profissional e renda familiar mensal dos respondentes. O tratamento empregado pelo PTEM, usando a terapia combinada, atingiu taxas de abstinência semelhantes às encontradas por outros estudos semelhantes registrados na literatura vigente, cuja eficácia mostra-se superior ao do tratamento com a droga utilizada isoladamente.

Palavras-Chave: Tabagismo. Abstinência. Tratamento Multidisciplinar. Bupropiona.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- | | | |
|-------------------|--|----|
| GRÁFICO 01 | Caracterização Sócio-Demográfica dos Participantes. | 11 |
| GRÁFICO 02 | Caracterização Socioeconômica dos Participantes, Especificamente quanto à Escolaridade e Renda Familiar Mensal. | 12 |
| GRÁFICO 03 | Percentual de Abstinência, Não Abstinência e Desistência entre os Atendidos pelo PTEM. | 14 |
| GRÁFICO 04 | Caracterização Sócio-Econômica dos Participantes, Especificamente quanto à Atividade Profissional Desempenhada pelos mesmos. | 14 |

LISTA DE TABELAS

TABELA 01	Avaliação da Abstinência dos Participantes em Função da Idade de Início, Número de Cigarros Diários e Duração do Tabagismo.	13
TABELA 02	Avaliação da Duração do Tabagismo e Abstinência e sua Relação com as Variáveis Demográficas e Socio-Econômicas.	15
TABELA 03	Avaliação da Duração do Tabagismo e Abstinência em Função de Variáveis Demográficas e Sócio-Econômicas.	16

SUMÁRIO

1. Introdução	01
2. Objetivos	04
3. Revisão da literatura	05
4. Material e Métodos	10
5. Resultados	11
6. Discussão	17
7. Conclusão	19
Referências.....	20
Anexos	23

INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos maiores problemas de saúde pública e a principal causa prevenível de morte, sendo responsável por cerca de 5 milhões de óbitos anuais no mundo (BRASIL, 2011).

Os prejuízos causados à saúde pelo hábito de fumar já são amplamente conhecidos, havendo fortes evidências de que o tabaco faça parte da cadeia de causalidade de quase cinquenta diferentes doenças, destacando-se o grupo das doenças cardiovasculares, cânceres e doenças respiratórias (OLIVEIRA, 2008 & VALENTE, 2008).

É bastante conhecida a dificuldade de abandonar o hábito tabagista, aumentando a dificuldade quanto maior o tempo de consumo e a intensidade do uso da droga. Há cada vez mais evidências que estímulos não-nicotínicos, como o hábito de fumar, são importantes na manutenção da dependência, sendo esse estímulo sensorial parte fundamental da manutenção do tabagismo (GIGLIOTTI, 2006). Para um tratamento eficaz do tabagismo deve ser enfocada também essa dependência psicológica, através do incentivo à motivação ao abandono, a mudanças de hábitos de vida associados o uso do tabaco. Apesar da existência de tratamento para a cessação do tabagismo, disponível inclusive nos serviços públicos de saúde, parar de fumar requer mudanças no estilo de vida.

Com o desenvolvimento das intervenções terapêuticas e sua validação por ensaios clínicos, dispõem-se de recursos eficazes para tratar o tabagismo: a dependência química, pela terapia de reposição da nicotina (TRN) ou por bloqueador de receptores nicotínicos, e inibidores da receptação de mediadores bioquímicos, e a dependência psicológica, pelo tratamento cognitivo-comportamental (TCC). Transtornos comportamentais podem ser controlados por medicamentos psicoativos e TCC. A terapêutica combinada possibilita resultados superiores aos observados nos ensaios clínicos em que se testa isoladamente um fármaco contra placebo ou outro fármaco de eficácia já estabelecida (GIGLIOTTI, 2006).

O uso de medicamentos é um recurso adicional no tratamento do tabagismo quando a abordagem comportamental é insuficiente pela presença de grau de dependência à nicotina. Os fármacos com evidências de eficácia são classificados em nicotínicos e não-nicotínicos. A terapia de reposição de nicotina (TRN), a bupropiona e a vareniclina são consideradas de 1ª linha, enquanto que a nortriptilina e a clonidina são os fármacos de 2ª linha no tratamento (BLACK, 2010).

Diversos estudos evidenciaram que o uso de medicações pode duplicar ou até triplicar o resultado do tratamento para cessação do tabagismo, em comparação com placebo. Seu principal objetivo é reduzir os sintomas de abstinência e facilitar a abordagem cognitivo-comportamental (SILVA, 2010).

Existem atualmente vários tipos de tratamento (medicamentoso, não-medicamentoso psicossocial e misto) e várias medicações são utilizadas para o tratamento do tabagismo (bupropiona, vareniclina, nortriptilina, entre outros). Por ser uma doença complexa, sua abordagem requer interação de diversos fatores para atingir essa complexidade (GIGLIOTTI, 2006). É inquestionável que medidas psicossociais são essenciais para o tratamento do fumante, podendo ser comparadas ao tratamento farmacológico em termos de importância e impacto. (SUTHERLAND, 2003).

Tomando por base essas informações, vem sendo desenvolvido no Hospital Universitário Alcides Carneiro desde 2007 o PROJETO TRATAMENTO DO TABAGISMO: ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR (PTEM), que visa abordar os vários componentes da complexidade do tabagismo. O citado projeto envolve três Universidades e vários cursos da área de saúde, como Medicina, Psicologia, Farmácia/Bioquímica, Odontologia e Nutrição, oferecendo ao usuário um atendimento global voltado para a abstinência e controle das várias patologias associadas ao hábito tabagista. As equipes são formadas por discentes dos cursos de saúde supracitados, orientados por um docente do mesmo curso. O início do tratamento é composto por uma palestra educativa e por entrevista com exame clínico. Nas semanas subsequentes, ocorrem reuniões quinzenais, onde os pacientes são avaliados sobre a intensidade do tabagismo, o grau de dificuldade de abstinência, nos problemas

sociais que influenciam no hábito, além de parâmetros como pressão arterial e peso corpóreo. Ainda, nesses encontros é fornecido o medicamento sob supervisão médica. O tratamento medicamentoso é feito com a bupropiona na dosagem de 150 mg duas vezes ao dia, durante uma média de 12 semanas.

Esse trabalho visa analisar os pacientes atendidos pelo PTEM sob os aspectos socioculturais, bem como dados relacionados ao tabagismo, como número de cigarros fumados por dia, tempo de tabagismo e idade de início do hábito de fumar e avaliar as taxas de abstinência, comparando-os com os dados obtidos na literatura.

OBJETIVOS

A. Geral

1. Mensurar a prevalência da abstenção do tabagismo em pacientes atendidos pelo PTEM

B. Específicos

1. Avaliar a prevalência da cessação do tabagismo com bupropiona associada à assistência multidisciplinar
2. Avaliar se há diferença na taxa de abstinência com relação ao gênero e idade
3. Avaliar se há diferença no índice de abstinência com relação ao tempo e intensidade do tabagismo

REVISÃO DA LITERATURA

O tabagismo é considerado a segunda causa de morte evitável no mundo pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) vindo apenas após o consumo de álcool. Há evidências suficientes de que fumar está associado ao risco aumentado de mortes prematuras e limitações físicas por câncer, doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema, infecções respiratórias agudas e pneumonia, baixa densidade óssea e fraturas de quadril em mulheres e úlcera péptica (HHS, 2004). É responsável por 80 a 90% das mortes por câncer do pulmão, 80% dos óbitos por bronquite crônica e enfisema pulmonar, 30% dos infartos agudos do miocárdio e 22% das mortes por todos os agravos não violentos entre homens de 30 a 69 anos (BRASIL, 2011).

Apesar de ser um hábito enraizado em tradições culturais e históricas distintas e ser um produto cuja comercialização movimenta grandes dividendos, recentemente o tabagismo começou a ser considerado como problema de Saúde Pública, e sua prática enfaticamente desaconselhada e restringida (SPINK *et al.*, 2009).

O tabagismo é uma doença crônica de dependência à nicotina, com períodos de remissão e exacerbação. A nicotina é rapidamente absorvida pelos alvéolos pulmonares e atinge o cérebro em cerca de 10 segundos (ROSEMBERG, 2002). Os principais efeitos agudos da nicotina sobre o sistema cardiovascular são: vasoconstrição periférica, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca. A nicotina também interfere no sistema endócrino, favorecendo a liberação de hormônio antidiurético e retenção de água. No sistema gastrointestinal, ela tem ação parassimpática, estimulando o aumento do tônus e da atividade motora do intestino (FURTADO 2002). A nicotina é estimulante do SNC, levando ao aumento do estado de alerta e à redução do apetite. A sensação após tragar um cigarro é similar à descrita pelos usuários de anfetamina, heroína, cocaína e crack (MARQUES *et al.*, 2001).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), noventa por cento dos fumantes ficam dependentes da nicotina entre os 5 e os 19 anos de idade. Neste mesmo ano, foi estimado que existam no Brasil 2,8 milhões de fumantes nessa faixa etária. Sendo que, entre os 10 e 12 anos de idade, cerca de 11,6% já fizeram, pelo menos, uso experimental do cigarro, de acordo com o estudo o uso de tabaco é bastante precoce na vida dos estudantes da rede pública de ensino, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CARLINI *et al.*, 2005). Os principais fatores de risco encontrados na literatura, que levam ao hábito de fumar, são: sexo, idade, nível socioeconômico, tabagismo de familiares em primeiro grau e dos amigos, rendimento escolar, separação dos pais e trabalho (CARLINI *et al.*, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) o principal objetivo das políticas de controle do tabaco é a melhoria da saúde e as intervenções dos governos no mercado do tabaco são justificadas por vários motivos. Em primeiro lugar, muitos fumantes, em especial os mais jovens e os mais pobres, não estão plenamente conscientes dos altos riscos de doença e de mortes prematuras devido ao consumo de derivados do tabaco. Os consumidores reais e potenciais não têm completo conhecimento da dependência e das prováveis consequências para a saúde geradas pelo fumo. Em segundo lugar, o tabagismo impõe custos sobre os não-fumantes, como prejuízos à saúde, além do incômodo e da irritação causados pela exposição à fumaça.

De acordo com as Diretrizes para Cessação do Tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) (REICHERT *et al.*, 2008) os principais passos para a cessação do tabagismo são: a vontade do fumante e sua motivação; informação sobre a síndrome da abstinência e ganho de peso após a cessação; avaliação sobre a existência de doença tabaco-relacionada ou outra; avaliação do tabagismo como doença e o grau de dependência; identificação e controle dos gatilhos; ambiente social e familiar; sentimentos do paciente relacionados à intenção de parar de fumar; habilidades para lidar com o estresse e com a consequente vontade de fumar; estabelecimento do acordo (compromisso) entre médico e paciente.

Uma vez que o uso do tabaco é ao mesmo tempo um comportamento aprendido e uma dependência física à nicotina, para a maioria dos fumantes, a combinação de aconselhamento e terapias farmacológicas pode produzir taxas de abandono mais elevadas do que qualquer um deles sozinho (RIGOTTI, *et al.*, 2002). Os fármacos com evidências de eficácia são classificados em nicotínicos e não-nicotínicos. A terapia de reposição de nicotina (TRN), a bupropiona e a vareniclina são consideradas de 1ª linha, enquanto que a nortriptilina e a clonidina são os fármacos de 2ª linha no tratamento.

A terapia de reposição nicotínica foi a primeira terapia utilizada para combater a adição ao tabaco. Sua administração reduz as síndromes de abstinência e o desejo intenso de fumar que surgem após a interrupção abrupta da nicotina fornecida pelo tabaco. Pode ser veiculado sob forma de goma de mascar, spray nasal, comprimido sublingual, adesivos. A eficácia varia de acordo com a via de administração, duração do uso e dosagem (FIORE *et al.*, 2008).

Bupropiona foi a primeira terapia não-nicotínica licenciada para o tratamento do tabagismo. Ele atua ao reduzir o desejo pelo cigarro e a síndrome de abstinência. É um derivado da beta-feniletilamina, o que explica sua propriedade estimulante. Bloqueia preferencialmente os receptores de norepinefrina e dopamina no sistema mesolímbico e núcleo acumbens, além de ser antagonista do receptor nicotínico. Muitas meta-análises confirmam a eficácia da bupropiona. A Cochrane (HUGHES, 2010 & STEAD, 2010) mostrou uma razão de risco (RR) sobre o placebo de 1.69 (95% C.I. 1.53-1.85). Uma meta-análise revelou sinergismo com o uso de TRN melhorando as taxas de abstinência (AUBIN, 2013 & LUQUIENS, 2013). A vareniclina é a droga mais recente usada no tratamento do tabagismo. Ela possui um mecanismo duplo de ação: agonista parcial do receptor $\alpha 4\beta 2$ que reduz a queda de dopamina induzida pela cessação do tabagismo (diminuindo a síndrome de abstinência) e antagonista dos receptores de nicotina (diminuindo o reforço positivo ofertado pela nicotina). Meta-análises confirmaram a superioridade do tratamento de 12 semanas com vareniclina em relação ao placebo e, também, sobre a bupropiona. A Cochrane mostrou RR de 2.27 (95% C.I. 2.02-2.55) em relação ao placebo (HAYS, 2008 & EBBERT, 2008).

Os seguintes medicamentos são recomendados como agentes de segunda linha para a cessação tabágica: nortriptilina, um antidepressivo tricíclico, tem mostrado benefício modesto em estudos randomizados, controlados por placebo. E a clonidina, apesar de promissores estudos iniciais, é ainda considerada como tendo eficácia limitada para cessação do tabagismo. Embora uma meta-análise sugira que a clonidina foi superior ao placebo para facilitar a cessação do tabagismo, a maioria dos estudos que avaliaram o fármaco em uso individual não têm demonstrado eficácia estatisticamente significativa. Os efeitos adversos, tais como sonolência, fadiga e boca seca, também limitam a eficácia da clonidina como auxiliar de cessação do tabagismo (GOURLY, 2004&STEAD, 2004).

Os métodos baseados na TCC são fundamentais na abordagem do fumante em todas as situações clínicas, mesmo quando é necessário apoio medicamentoso (BRASIL, 1997). O fumante deve se sentir acolhido pelo médico, que deve abordá-lo com atenção, empatia, respeito e confiança. Não existe um “momento ideal” para deixar de fumar; mesmo diante de comorbidades graves e incapacitantes, a cessação melhora a qualidade de vida e a autoestima do fumante, muitas vezes abalada pelas doenças de base (MARQUES,2001) aponta que os grupos de autoajuda e a psicoterapia - individual ou em grupo - com sessões de aconselhamento são coadjuvantes e eficazes no tratamento da dependência de nicotina. Isso é especialmente significativo quando a dependência é acompanhada de outras afecções como a depressão e a ansiedade.

Um exemplo é o estudo de Haggsträm *et al.*,(2001) em que avaliaram-se 169 fumantes que se inscreveram voluntariamente em um serviço universitário para abandono do fumo. O tratamento proposto foi: TCC para casos leves, psicoterapia associada à farmacoterapia (bupropiona 300 mg/dia *ou* TRN) para casos moderados, e psicoterapia associada à farmacoterapia associada (bupropiona 300 mg/dia e TRN) para casos graves. O índice de sucesso no abandono do fumo foi: 23% na psicoterapia, 50% na TRN, 59% no uso de bupropiona e 59% no uso combinado de bupropiona e TRN.

Outro estudo, realizado por Prado *et al.*, (2004) utilizou também um tratamento que combinava intervenções farmacológicas (TRN, bupropiona, nortriptilina ou a combinação de TRN com bupropiona ou nortriptilina, droga escolhida conforme disponibilidade e indicação médica) por um período mínimo de 12 semanas e terapia cognitivo-comportamental (4 sessões com durações de 60 minutos cada). A abstinência foi avaliada após 6 meses, em consulta, e após 1 ano, por chamada telefônica. Os resultados encontrados no estudo foram os seguintes: em um total de 868 fumantes, as taxas de abstinência após 6 meses e 1 ano foram de 36,5% e 33,6% respectivamente.

Assim, conclui-se que o tabagismo é extremamente danoso à saúde e seu controle é considerado pela OMS como um dos maiores desafios da Saúde Pública atualmente. Estratégias não-medicamentosas possuem efeitos positivos na redução da necessidade de fumar e da instalação de sintomas de abstinência aguda ao fumo, e podem ser utilizadas como coadjuvantes da farmacoterapia para aumentar o índice de sucesso. Apesar dos diversos tratamentos propostos para combate do tabagismo, a principal prioridade continua sendo a prevenção ao hábito de fumar e o esclarecimento da população sobre as consequências e seus malefícios para a saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

MATERIAL

Fichas clínicas dos pacientes atendidos pelo PTEM

MÉTODOS

Estudo de corte transversal que avaliou os dados sociodemográficos, dados relacionados ao tabagismo e sua possível associação com a abstinência. Essas características foram avaliadas através de questionário padrão do PTEM (ANEXO 1).

A amostra foi composta por todos os pacientes que foram acompanhados pelas equipes de psicologia e medicina durante no mínimo 4 semanas no período de 2009 a 2012. Teve-se como critérios de inclusão: pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, que assinarem o TCLE (ANEXO 2), e, como critérios de exclusão aqueles que não preencherem os critérios de inclusão.

Os dados foram registrados e analisados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

O estudo seguiu a orientação da declaração de Helsinki de 1989 e da resolução sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Anterior a qualquer coleta de dados, os pacientes concordaram, de forma voluntária, a participação no estudo, após conhecer os objetivos do mesmo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da secretaria de saúde do estado da Paraíba, incluindo cópia do mesmo (ANEXO 3), conforme resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 292 indivíduos, cujas características sociodemográficas encontram-se no gráfico 1 e na tabela 1. Os dados socioeconômicos e relativos à escolaridade dos respondentes encontram-se no gráfico 2 e 3. A avaliação da abstinência dos participantes em função da idade de início, número de cigarros diários e duração do tabagismo encontra-se na tabela 2. A relação entre abstinência do fumo e características sociodemográficas encontra-se na tabela 2. Já a relação da abstinência com os hábitos tabágicos encontra-se na tabela 3. O percentual de abstinência, não abstinência ou desistência dos atendidos pelo PTEM encontra-se no gráfico 4.

Gráfico 1: Percentual de abstinência, não abstinência e desistência entre os atendidos pelo PTEM

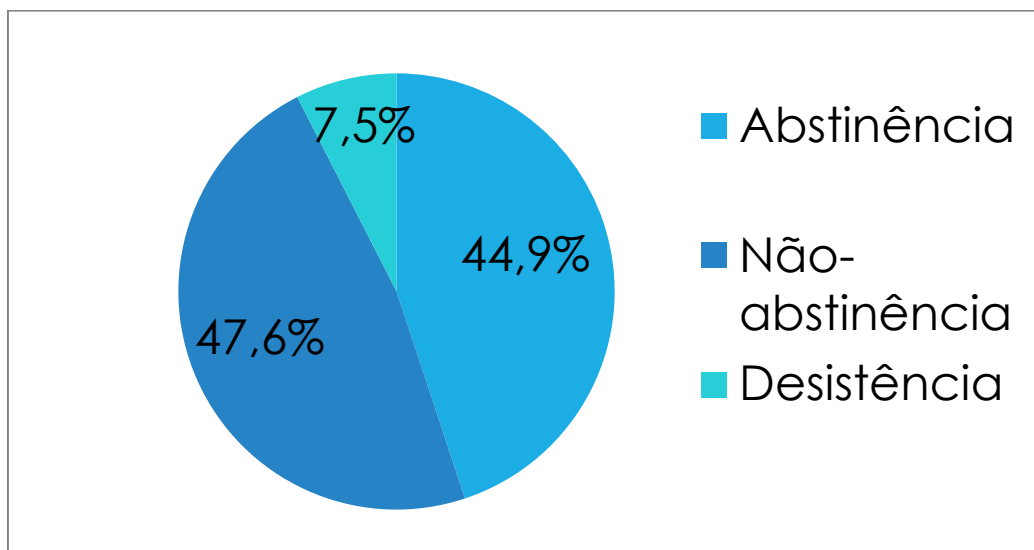
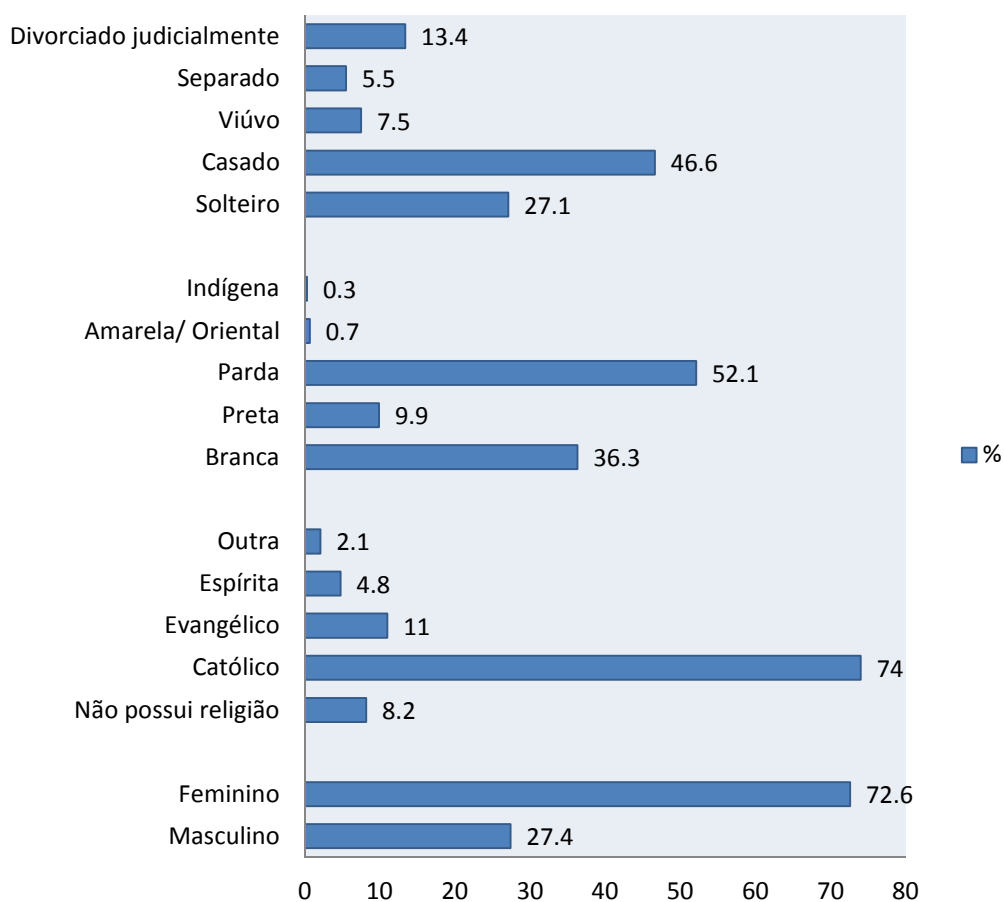


Gráfico 2: Caracterização sociodemográfica dos participantes



Participaram desta pesquisa 292 participantes, a maioria do sexo feminino (72,6%), católicos (74%), pardos (52,1%), com renda familiar mensal aproximada de 1 salário mínimo (47,3%) e baixa escolaridade formal. As mulheres predominaram devido a maior disponibilidade de tempo para o tratamento, pois os homens encontravam mais dificuldades para liberação do trabalho. Além disso, há uma maior preocupação feminina com a saúde do que a masculina. O que podemos observar da relação gênero e abstinência é que, dos homens que participaram da pesquisa, 40% alcançaram a mesma, enquanto nas mulheres foram 46%.

Tabela 1: Caracterização socioeconômica dos participantes, especificamente quanto à escolaridade, atividade profissional e renda familiar mensal

<i>Variáveis</i>	<i>Subgrupos</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Escolaridade	Analfabeto (sem escolaridade)	19	6,5
	Fundamental incompleto	41	14,0
	Fundamental completo	40	13,7
	Médio incompleto	45	15,4
	Médio completo	69	23,6
	Superior incompleto	27	9,2
	Superior completo	42	14,4
	Pós-Graduação	9	3,1
Atividade profissional nos últimos 12 meses	Não se aplica	3	1,0
	Funcionário Público	46	15,8
	Trabalhador com carteira assinada	37	12,7
	Autônomo	65	22,3
	Dona de casa	62	21,2
	Aposentado	31	10,6
	Desempregado	24	8,2
	Licenciado pelo INSS	4	1,4
Renda familiar mensal, em salários mínimos	Outros	20	6,8
	Menos de R\$ 500,00/ Bolsa família	44	15,1
	R\$ 501,00 – R\$ 750,00	138	47,3
	R\$ 751,00 – R\$ 1.000,00	38	13,0
	R\$ 1.001,00 – R\$ 1.500,00	23	7,9
	R\$ 1.501,00 – R\$ 2.500,00	25	8,6
	R\$ 2.501,00 – R\$ 5.000,00	13	4,5
	Mais de R\$ 5.001,00	6	2,1
Outros	5	1,7	

Gráfico3: Caracterização socioeconômica dos participantes quanto à renda familiar mensal e escolaridade

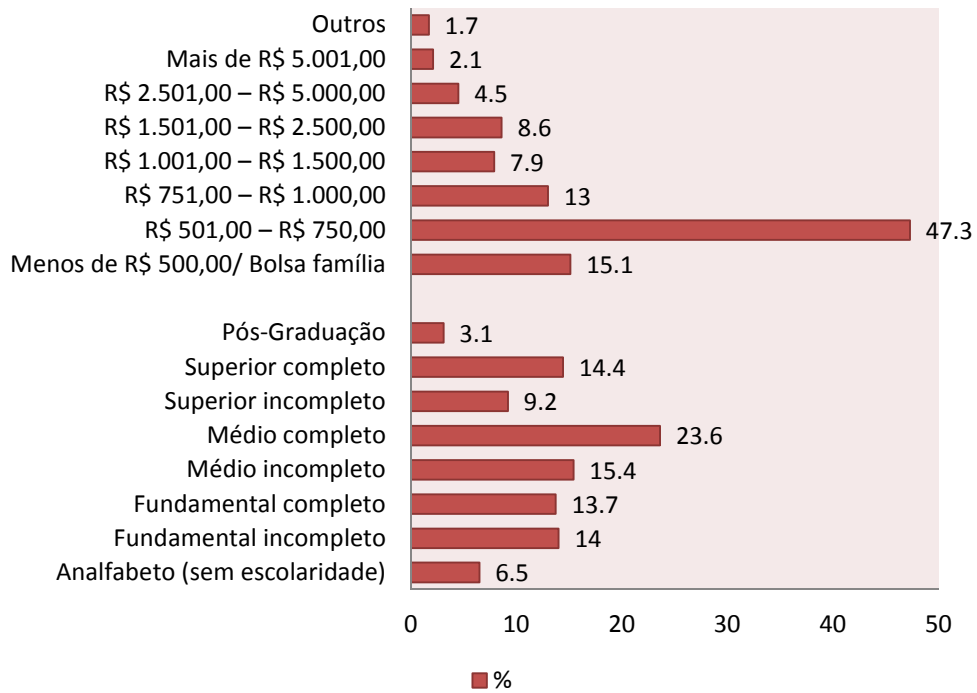


Gráfico4: Caracterização socioeconômica dos participantes, especificamente quanto à atividade profissional desempenhada pelos mesmos

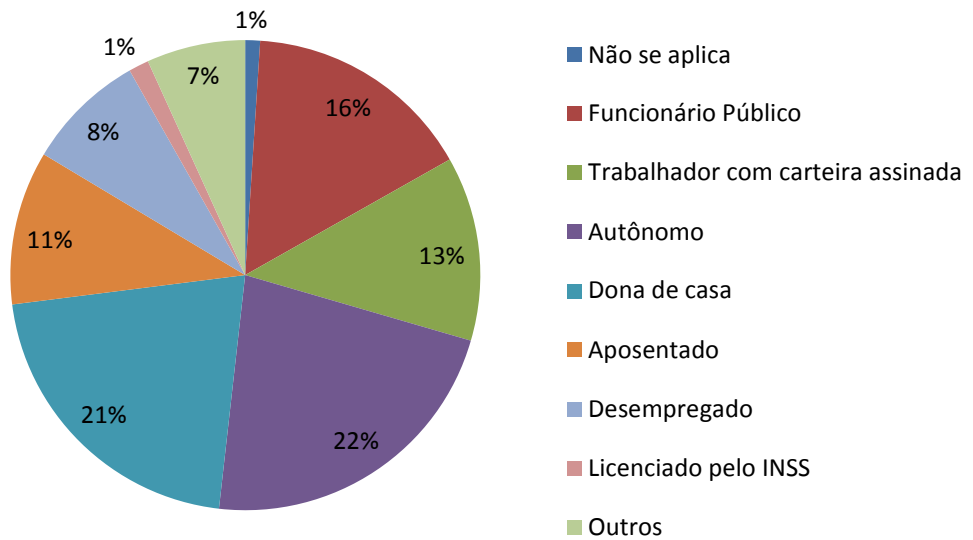


Tabela 2: Avaliação da duração do tabagismo e abstinência e sua relação com as variáveis demográficas e socioeconômicas.

Variáveis	Total 292(100)	Duração M±DP	Valor p	Abstinência, n(%):			Valor p
				sim	não	desistência	
Genêro, n(%):							
masculino	80(27,4)	31,7±13,7		32(40)	40(50)	8(10)	
feminino	212(72,6)	33,8±12,4	0,21*	99(46,7)	99(46,7)	14(6,6)	0,44 [§]
Estado civil, n(%):							
solteiro	79(29,1)	29,0±13,6		36(45,6)	37(46,8)	6(7,6)	
casado	136(46,6)	34,3±11,4		66(48,5)	60(44,1)	10(7,4)	
viúvo	22(7,5)	42,0±13,2	<0,001‡	9(40,9)	12(54,5)	1(4,5)	0,77 [§]
separado	16(5,5)	32,3±8,4		4(25)	11(68,8)	1(6,2)	
divorciado	39(13,4)	33,9±14,1		16(41)	19(48,7)	4(10,3)	
Escolaridade, n(%):							
sem escolaridade	19(6,5)	42,3±12,5		7(36,8)	12(63,2)	0(0)	
fundamental incompleto	41(14)	34,5±13,1		17(41,5)	21(51,2)	3(7,3)	
fundamental completo	40(13,7)	34,1±14,5		20(50)	17(42,5)	3(7,5)	
médio incompleto	45(15,4)	36,1±11,2	0,02‡	22(48,9)	19(42,2)	4(8,9)	0,89 [§]
médio completo	69(23,6)	29,5±12,9		33(47,8)	31(44,9)	5(7,2)	
superior incompleto	27(9,2)	29,1±9,9		12(44,4)	14(51,9)	1(3,7)	
superior completo/pós Graduação	49(17,5)	33,1±11,6		19(39,2)	24(49)	6(11,8)	
Atividade profissional, n(%):							
funcionário público	46(15,8)	32,5±10,5		16(34,8)	26(56,5)	4(8,7)	
emprego formal	37(12,7)	28,5±11,5		18(48,6)	15(40,5)	4(10,8)	
autônomo	65(22,3)	31,3±10,9		24(36,9)	35(53,8)	3(4,8)	
dona de casa	62(21,2)	36,2±11,7	<0,0001‡	18(60)	11(34,3)	2(5,7)	0,17 [§]
aposentado/licenciado INSS	31(10,6)	44,2±14,1		12(41,7)	15(54,2)	1(4,2)	
desempregado	28(9,6)	27,9±11,4		5(20)	16(70)	2(10)	
outros	23(7,8)	28,7±15,1					
Receita familiar mensal, n(%):							
< R\$ 500,00/Bolsa fam.	44(15,1)	28,7±12,0		20(46,5)	19(44,2)	5(9,3)	
R\$ 501,00 – R\$ 750,00	138(47,3)	34,1±13,2		58(42)	69(50)	11(8)	
R\$ 751,00 – R\$ 1.000,00	38(13)	34,5±11,4		16(42,1)	21(55,3)	1(2,6)	
R\$ 1.001,00 – R\$ 1.500,00	23(7,9)	36,4±14,4	0,18‡	16(64)	6(24)	3(12)	0,65 [§]
R\$ 1.501,00 – R\$ 2.500,00	25(8,6)	31,7±11,2		7(35,2)	2(11,4)	10(52,6)	
Mais de R\$ 2.501,00	19(6,6)	35,2±11,4		2(40)	1(20)	2(40)	
Outros	5(1,7)	30,4±12,6					

Variáveis contínuas: M±DP, médias e desvio padrão; variáveis categóricas: n(%), valores absolutos e relativos. *, teste de Student; ‡, teste F; §, teste do X². Legenda de letras denotam diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 3: Avaliação da duração do tabagismo e abstinência em função de variáveis demográficas e sócio-econômicas

Variáveis	Abstinência			KW (p) / F (p)
	Sim	Não	Desistente	
Idade de início (Mediana / 1º Q e 3º Q)	14,0 / 13,0 – 17,0	14,0 / 12,0 – 17,0	17,0 / 14,75 – 18,5	7,17 (0,02)
Número de cigarros/dia (Mediana / 1º Q e 3º Q)	20,0 / 10,0 – 20,0	20,0 / 15,0 – 30,0	20,0 / 10,0 – 20,0	10,9 (0,004)
Duração (Média±DP)	33,9±11,9	33,4±13,2	28,8±14,6	1,48 (0,22)

DISCUSSÃO

Neste estudo, a análise da abstinência do tabagismo utilizando a abordagem multidisciplinar associada à bupropiona como terapia farmacológica resultou em 44,9% de abstinência, 47,6% de não abstinência e 7,5% de abandono do tratamento.

Os estudos clínicos com bupropiona apresentam resultados satisfatórios, com período de abstinência até duas vezes maior em comparação com o placebo, além de menor ganho de peso (AUBIN, 2013&LUQUIENS, 2013).

Em relação ao uso da bupropiona no tratamento, há evidências científicas que comprovam sua efetividade. Hurt *et al.* (1997) realizaram um ensaio clínico randomizado agrupando o uso da medicação com um breve aconselhamento, resultando em taxas de cessação 12,4% no placebo e 44,2% no grupo com 300mg-dia de bupropiona. Jorenby *et al.* (1999) compararam o efeito da bupropiona ao efeito de placebo, sendo todos os pacientes acompanhados com aconselhamento. Após um ano, as taxas de abstinência do grupo da bupropiona foi 30,3% e 15,6% para o placebo. Os autores desse estudo concluíram que a bupropiona, isolada ou associada ao adesivo de nicotina, resultou em taxas de abstinência de longo prazo significativamente mais elevadas. Ainda, Gigliotti *et al.*(2006) relata taxa de abstinência com a bupropiona isolada de 28,6%. O percentual encontrado (45%) no PTEM em relação ao medicamento isolado (28,6-44,2%), pode concluir que é igual ou superior ao isolado, dependendo do estudo.

Haggsträm *et al.* (2001)²³ avaliaram 169 fumantes que se inscreveram voluntariamente em um serviço universitário de auxílio ao abandono do tabagismo. O tratamento proposto foi psicoterapia, terapia de reposição de nicotina, bupropiona e associação da TRN com bupropiona. O índice de sucesso no abandono do fumo foi de 23%,50%,59% e 59%, respectivamente, evidenciando a superioridade da bupropiona em relação a TRN na obtenção da abstinência ao fumo e também demonstrando que não houve maiores taxas de abstenção com a associação medicamentosa. Ainda, segundo Gigliotti *et*

al.,(2006), apesar do tratamento combinado com essas duas drogas não ser estatisticamente significativa, a opinião dos especialistas é que há efeito sinérgico.

A idade de início do tabagismo revelou que as mulheres entrevistadas começaram a fumar mais cedo que os homens (média de idade das mulheres 14,75 anos *versus* homens, 16,95). Esse dado está em acordo com os apresentados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o qual evidenciou que a proporção de mulheres que começaram a fumar antes dos 15 anos foi superior a dos homens, quando considerado o total da população brasileira. Ainda quanto à idade de início do tabagismo, foi observado que a mesma era mais elevada naqueles que abandonaram o tratamento.

Já em relação ao número de cigarros fumados por dia observou-se que os homens fumam, desconsiderando os extremos, 15 a 30 cigarros e as mulheres, 10 a 20 cigarros/dia. Correlacionando abstinência com número de cigarros diários, observou-se que os pacientes que fumavam menos, apresentavam maior índice de abstinência: a maioria dos que cessaram o tabagismo, fumavam 10-20 cigarros ao dia; os que não pararam, fumavam 15-30 cigarros ao dia.

Não houve relevância estatística entre sexo, estado civil, escolaridade, atividade profissional e renda familiar mensal na obtenção da abstinência. Fato esse que corrobora com estudos evidenciados na literatura (Silva *et al.* 2010; Haggström *et al.*2001, Prado *et al.*2004; Sales *et al*, 2006).

CONCLUSÃO

O tratamento empregado pelo PTEM, usando a combinação de terapia medicamentosa (bupropiona 300mg/dia) e a terapia cognitivo-comportamental, atingiu taxas de abstinência próximas às encontradas por outros estudos semelhantes, registrados na literatura vigente, que mostraram-se superiores ao tratamento com a droga isolada. Não houve diferença estatisticamente significativa na abstenção quanto ao sexo e tempo de tabagismo. Já quanto à intensidade, observou-se que os pacientes que fumavam uma maior quantidade de cigarros obtiveram menores índices de abstinência. Esse achado reforça o conhecimento de que este subgrupo de pacientes deve ser acompanhado com maior atenção e receber tratamento mais abrangente, visando à dependência física e psicológica.

Apesar da terapêutica combinada aumentar as chances de sucesso, de acordo com a literatura atual, o aumento da efetividade e a manutenção da abstinência em longo prazo são desafios para futuros estudos no âmbito da dependência de nicotina. Infelizmente, esta ainda é uma doença cuja morbimortalidade tende a se prolongar nos próximos anos e, pelo impacto na saúde pública, necessita de abordagens mais eficazes.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, R.F. *et al* . Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. teor.prat.**, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2011

AUBIN, H.J.; LUQUIENS, A.; BERLIN, I. Pharmacotherapy for smoking cessation: Pharmacological principles and clinical practice. **Br J ClinPharmacol**.2013 Mar 15.

BLACK, J.H. Evidence base and strategies for successful smoking cessation. **Journalof Vascular Surgery**, v. 51 pp. 1529-1537, Jun. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ajudando seu paciente a deixar de fumar**. Rio de Janeiro: INCA, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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

CARLINI, E.A. *et al*. Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001. **CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas**. São Paulo: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E.A. *et al*. V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004. **CEBRID -Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas**. São Paulo: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2005.

FIORE, M.C. *et al*. Effectiveness and abstinence rates for various medications and medication combinations compared to placebo at 6-months post quit. TobaccoGuidelines Update, **Surgeon General**, 2008

FURTADO, R.D. Implicações anestésicas do tabagismo. **Rev Bras Anestesiol** 2002; 52: 354-67.

GIGLIOTTI, A. P. Atualização no tratamento do tabagismo. 1ª Edição. Rio de Janeiro: **ABP Saúde**, 2006.

GOURLAY, S.G. ;STEAD, L. F.; BENOWITZ, N.L. Clonidine for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2004

HAGGSTRÄM, F.M. *et al.* Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **J. Pneumol.** São Paulo , v. 27, n. 5, Sept. 2001

HAYS, J. ; EBBERT, J.O. ; SOOD, A. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation. [Am J Med.](#) 2008 Apr;121 (4 Suppl 1):S32-42

HUGHES, J.R *et al.* Antidepressants for smoking cessation.**Cochrane Database Syst Rev.** 2010

HURT, R. D. *et al.* A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. **N Eng J Med** 1997; 17:1195-2002.

JOENBY, D. E. *et al.* A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. **N Engl J Med** 1999; 340:9,685-691.

MARQUES, A.C.P.R *et al* Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Rev Bras Psiquiatr** 2001;23(4):200-14

OLIVEIRA, A.F. ; VALENTE, JG; LEITE, IC. Aspectos da mortalidade atribuível ao tabaco: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, Apr. 2008.

Organização Mundial da Saúde. Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento, 2003

PRADO, P.A *et al.* Polymorphism of 5HT2A serotonin receptor gene is implicated in smoking addiction. **Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.** 2004;128(1):90-3.

REICHERT, J. *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **J Bras Pneumol.** 2008; 34 (10):845-89

RIGOTTI, N.A *et al.* Efficacy of a smoking cessation program for hospital patients. **ArchIntern Med.** 1997;157(22):2653-60.

ROSEMBERG, J. Nicotina. Farmacodinâmica. Ação sobre os centros nervosos. Nicotino-dependência. In: **Rosemberg J, Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais.** Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Centro de Vigilância Epidemiológica, 2002, pp. 43-9.

SALES, M. P. U *et al.* Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. **J. bras.pneumol.,** São Paulo , v. 32, n. 5, Oct. 2006

SILVA, L.C, Tratamento do tabagismo. **Revista da AMRIGS,** Porto Alegre, 54 (2): 232-239, abr.-jun. 2010.

SPINK, M.J.P; LISBOA, M.S; RIBEIRO, F.R.G. A construção do tabagismo como problema de Saúde Pública: uma confluência entre interesses políticos e processos de legitimação científica. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** v. 13, n. 29, p.353-65, abr./jun. 2009.

SUTHERLAND, G. Smoking: can we really make a difference. **Heart.** 2003 May; 89 (Supl2): pp. 25–27.

ANEXO 01 – Questionário padrão do PTEM

Questionário de Avaliação Médica do Paciente

1. Informações gerais		
1.1. Cidade		Estado: <input type="text"/> <input type="text"/>
1.2. Identificação do entrevistador		
1.3. Data da entrevista (dia/mês/ano)		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Consentimento e identificação		
2.1. Nome (Letra de forma)	<input type="text"/>	
2.2. Endereço atual?	<input type="text"/>	
2.3. O consentimento foi assinado?	(1) Sim (2) Não	<input type="text"/>
2.4. Local (A) e Número de telefone principal de contato (B)?	(1) Casa (2) Trabalho (3) Vizinho (4) Celular (5) Não tem	A. <input type="text"/> B. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.5. CEP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2.6. Sexo	(1) Masculino (2) Feminino	<input type="text"/>
2.7. Religião	(0) Não Possui (1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) outra: _____	<input type="text"/>
2.7.1 Praticante da religião?	(1) Sim (2) Não	<input type="text"/>
2.8. Data de nascimento (dia/mês/ano)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2.9. Cidade onde nasceu? (Letra de forma)	<input type="text"/> <input type="text"/>	
2.10. Cor (auto-referida)	(1) Branca (2) Preta (3) Pardo-mulata (4) Amarela/Oriental (5) Indígena	<input type="text"/>
2.11. Estado Civil	(1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo(4) Separado (5) Divorciado	<input type="text"/>
2.12. Qual a sua escolaridade?	(1) Analfabeto (2) até 3 anos (3) 3 a 5 anos (4) 6 a 8 anos (5) 9 a 12 anos (6) 13 a 15 anos (7) mais de 16 anos de estudo regulares	<input type="text"/>
2.13. Atividade profissional principal nos últimos 12 meses?	(0) Não se aplica (1) Funcionário público (2) Trabalhador c/ carteira assinada (3) Autônomo (4) Dona de casa (5) Aposentado (6) Desempregado (7) Voluntário (8) Licenciado pelo INSS (9) Outros _____	<input type="text"/>

2.14. Descrição da função dentro da categoria profissional (Letra de forma)	_____	
2.15. Qual é a renda mensal familiar, em salários mínimos?	(1) menos de 500 reais (2) 501 a 750 reais (3) 751 a 1000 reais (4) 1001 a 1500 reais (5) 1501 a 2500 reais (6) 2501 a 5000 reais (7) mais de 5001 reais(8) bolsa família (9) Não sabe informar	<input type="checkbox"/>
2.16. Quantas pessoas vivem com a renda?	(1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ou mais	<input type="checkbox"/>
3. Tabagismo		
3.1 Após a palestra:	(1) Parou de Fumar (2) Diminuiu (3) Aumentou (4) não houve alteração	<input type="checkbox"/>
3.2. Idade do início do tabagismo.	(99) Não sabe	<input type="checkbox"/>
3.3 Qual cigarro fuma	_____	
3.4 Custo diário com cigarro (em reais)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.5 Quantos cigarros fuma por dia		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.6 Em Algum momento, algum profissional de saúde lhe aconselhou a parar de fumar?	(1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
3.7 Gatilho para iniciar a fumar?	(1) Cigarro(2) Café (3) Bebida Alcoólica (4) Estresse (5) Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.8 Idade com que iniciou-se no tabagismo?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.9. Que fator mais influenciou na adesão?	(0) Curiosidade (1) Exemplo do pai (2) Exemplo da mãe (3) Influência de outros familiares (4) Influência de colegas ou amigos (5) Propaganda (6) Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.10 Tempo de duração do tabagismo?	Em anos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.11 Tipo de cigarro Utilizado?	(1) Cigarros artesanais (2) Cachimbo (3) Cigarros Industrializados (4) Charuto (5) Fumo de Mascar (6) Outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. História pessoal		
4.1. Algum médico lhe informou que você tem pressão alta (hipertensão arterial)?	(1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
4.2. Ano de diagnóstico da hipertensão?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.3. Consumo de bebidas alcoólicas?	(0) Nunca bebeu (1) Consumiu no passado, mas não consome atualmente (2) até 5 doses por mês (3) de 5 a 10 por mês (4) 10 a 15 por mês (5) mais de 15 doses por mês (6) Diariamente	<input type="checkbox"/>
4.4. Uso de drogas, em que opção você se enquadra?	(1) É usuário (2) Ex-usuário (3) Nunca usou drogas	<input type="checkbox"/>
4.5. Droga Utilizada	(0) Não se aplica(1) Maconha (2) Cocaina (3) Crack (4) Ecstasy (5) Outros	<input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/>
4.6. Pratica exercícios físicos?	(1) Apenas no fim de semana (2) 2 a 3 vezes na semana (3) 3 a 5 vezes na semana (4) + 5 vezes na semana (5) Não	<input type="checkbox"/>

4.7. Foi diagnosticado com Diabetes?	(1) Não (2) Sim, tipo I (3) Sim, tipo II.	<input type="checkbox"/>
4.8. Ano de diagnóstico do Diabetes?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.9. Com que frequência bebe café?	Se não bebe= 0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.10. Usa anticoncepcional hormonal ?	(1) Sim (2) Não (0) Não se aplica (homem ou criança)	<input type="checkbox"/>
4.11 Nº de gestações:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.10.1 Nº de abortos:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.10.2 Termo da Gestação: _____ pré-termo: <input type="checkbox"/> atermo: <input type="checkbox"/> pós-termo: <input type="checkbox"/> Quantos foram espontâneos: <input type="checkbox"/>		
4.11 Nº de RN de baixo peso (< 2,500 kg):		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.11.1 Nº de RN com macrosomia: (> 4,000kg)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.12 Quanto tempo de aleitamento materno (em meses):		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.13 Causa da interrupção da amamentação:	_____	
4.14 Problemas na amamentação:	(1) pouco leite (2) ingurgitamento mamário (peitos cheios e doloridos) 3) mastite (inflamação da mama) (4) Ducto bloqueado (Leite empredado) (5) Outros _____	<input type="checkbox"/>
4.15 Fumou durante a gestação?	(1) Sim (2) Não -> Se não, em que época da gestação parou: _____ e quando voltou: _____	<input type="checkbox"/>
4.16 Já entrou na menopausa?	(1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
4.16.1 Menopausa, com quantos anos:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.16.2 Cirúrgica:	(1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
4.17. Com que frequência você faz exames dos dentes e da gengiva?	(0) Nunca fiz (1) 1 vez /ano (2) 2 vez /ano (3) 1 vez /5 anos (9) Não sabe	<input type="checkbox"/>
5. História familiar		
5.1. Diabetes Qual o grau de parentesco com o indivíduo? Quando for mais que 1 parente de 1º grau marcar com um círculo em volta dos números correspondentes e por o número 6 na casela	(1) Pai (2) Mãe (3) Irmão / irmã (4) Filho(a) (5) Avós, Tios ou Primos (6) Mais de um parente em 1º grau (7) Parente de 1º e de 2º grau (8) Não há	<input type="checkbox"/>
5.2. Obesidade.	Idem	<input type="checkbox"/>

5.3. Hipertensão arterial (pressão alta).	Idem	<input type="checkbox"/>
5.4. Cardiopatia	Idem	<input type="checkbox"/>
5.5. ASMA	Idem	<input type="checkbox"/>
6. Avaliação da dieta		
6.1. Você faz algum tipo de dieta? Se não faz dieta pular para o item 8.1	(1) Sim (2) Não Qual? _____	<input type="checkbox"/>
6.2. Orientada por nutricionista?	(1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
6.3. Consome produtos dietéticos?	(1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
6.4. Quanto você acha que segue sua dieta?	(1) 100% (2) 80% (3) 50% (4) Menos de 50%	<input type="checkbox"/>
6.5. Qual a maior dificuldade que você acha para seguir a dieta.	A. Deixar de comer doces (1) Sim (2) Não B. Comer verduras, legumes e frutas (1) Sim (2) Não C. Respeitar a quantidade da alimentação (1) Sim (2) Não D. Respeitar o horário da alimentação (1) Sim (2) Não	A. <input type="checkbox"/> B. <input type="checkbox"/> C. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/>

7. Uso de medicações	
7.1. Medicamento	Nome _____ Dose _____
7.2. Medicamento	Nome _____ Dose _____
7.3. Medicamento	Nome _____ Dose _____
8. Anamnese:	
8.1 Queixa Principal: _____	
8.2 HPMA: _____ _____ _____	
8.3. Outras Queixas:	

<hr/>	
8.4 Antecedentes Fisiológicos:	
<hr/> <hr/>	
8.5 Antecedentes pessoais patológicos:	
<hr/> <hr/>	
8.6 Antecedentes Familiais:	
<hr/> <hr/>	
8.7 Condições de vida e moradia:	
<hr/> <hr/>	
9. Exame Físico	
Peso	
Altura	
PA	
FC	
Cabeça e pescoço	<hr/> <hr/> <hr/>
Inspeção pele, ossos e músculos.	<hr/> <hr/> <hr/>
Aparelho Cardiovascular	<hr/> <hr/> <hr/>

AparelhoRespiratório	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
AparelhoDigestório	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
AparelhoGenito-urinário	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Observações:

ANEXO 02 – Termo de consentimento livre e esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
RG _____, maior de 18 anos, concordo com o tratamento a ser realizado no projeto de extensão: **“Tratamento do tabagismo: enfoque multidisciplinar”**, coordenado pela professora Déborah Rose Galvão Dantas, do CCBS/UFCEG, que consiste em acompanhamento psicológico, odontológico e prescrição do medicamento BUP (bupropiona). Declaro saber dos principais efeitos adversos do medicamento, que são: boca seca, tremores, sonolência ou insônia, artralgia(dores articulares), mialgia(dores musculares), aumento ou diminuição do apetite e reações alérgicas. Declaro, ainda, saber que o medicamento só vai ser prescrito, em caso de hipertensão arterial(pressão alta) se ela estiver controlada, que não será prescrito em caso de gravidez, de convulsões ou de epilepsia diagnosticados.

Campina Grande, ____/____/_____.

Assinatura: _____

Testemunha1: _____

Testemunha 2: _____