

ADRIANA ÁVILA DE ALMEIDA

**DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA E PERFIL TABÁGICO
EM PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo para Obtenção do Título de Mestre em Pesquisa em Cirurgia

São Paulo

2012

ADRIANA ÁVILA DE ALMEIDA

**DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA E PERFIL TABÁGICO
EM PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo para Obtenção do Título de Mestre em Pesquisa em Cirurgia

Área de Concentração:

Anormalidades da proliferação e morte celular

Orientador:

Prof. Dr. Antônio José Gonçalves

São Paulo

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Almeida, Adriana Ávila de

Perfil tabágico e dependência nicotínica em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. / Adriana Ávila de Almeida. São Paulo, 2012.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Pesquisa e Cirurgia.

Área de Concentração: Anormalidades da proliferação e morte celular.

Orientador: Antonio José Gonçalves

1. Transtorno por uso de tabaco 2. Neoplasias de cabeça e pescoço 3. Nicotina 4. Questionários

BC-FCMSCSP/18-12

Dedicatória

A meus pais, Nelson e Maria, que sempre investiram em mim iluminando meu caminho.

A meu marido Celso, companheiro de muitas jornadas e incentivador de todos os meus sonhos.

A meus filhos, Caio e Taís, que trouxeram alegria eterna a minha vida.

**Se, a princípio a ideia não
é absurda, então
não há esperança para ela.**

Albert Einstein

Alemanha [1879-1955]

Físico

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Antônio José Gonçalves, Professor Titular, Livre-Docente, Chefe do Departamento de Cirurgia da ISCMSP e FCMSCSP, pela orientação e conhecimentos partilhados no desenvolvimento deste trabalho.

À Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em especial ao Curso de Pós-Graduação, onde pude aprender e desenvolver esta pesquisa.

Ao Doutor Alberto José de Araújo, Presidente da Comissão de Tabagismo - SBPT, Diretor do Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo, Instituto de Doenças do Tórax - HUCFF/UFRJ, por seus ensinamentos, dedicação, incentivo e auxílio na elaboração deste trabalho;

Aos Doutores Karina de Cássia Braga Ribeiro, Flávio Richeti e Marcelo Benedito Menezes, pelas valiosas sugestões para o desenvolvimento do trabalho;

À professora e amiga Cristina Maria Cantarino Gonçalves, por compartilhar conhecimentos e experiências para a realização desta pesquisa.

Ao Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), pelo incentivo na realização desta dissertação.

À colega de trabalho e amiga Maria Aparecida Andrade Borges, pelo apoio e auxílio para desenvolver este trabalho.

Aos meus colegas de trabalho e amigos do INPE, que me apoiaram e acreditaram no meu trabalho.

Às professoras Ting e Erika, do Departamento de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, pela disposição em auxiliar e compartilhar conhecimentos e experiências na análise de dados desta dissertação.

Aos funcionários Sônia Alves, Mirtes de Souza e Daniele Gomes, da Secretaria da Pós-Graduação da FCMSCSP, pela atenção e disponibilidade durante a realização deste trabalho.

Às secretárias, Solange Roldan de Castro, do Departamento de Cirurgia da ISCMSP, e Deise Martins de Almeida Carvalho, da Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela solicitude e presteza.

À CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior, pela bolsa concedida.

A todos os pacientes e seus familiares, principais motivadores deste trabalho, pela confiança e colaboração.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram com a concretização desta dissertação.

Descritores: Teste de Fagerström para Dependência Nicotina. Neoplasias de Cabeça e Pescoço. Nicotina. Transtornos por uso de tabaco. Cessação Tabágica. Questionários

Key words: Fagerström Test for Nicotine Dependence. Head and Neck Neoplasms. Nicotine. Tobacco use disorder. Quitting Smoking. Questionnaires.

Siglas e Abreviaturas utilizadas neste trabalho

CCP – Câncer de Cabeça e Pescoço

CDS - Cigarette Dependence Scale

CE – Carcinoma Epidermóide

CIR – Cirurgia

COex - Monóxido de carbono exalado

CQCT – Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo

DN – Dependência Nicotínica

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

FTND – Fagerström Test for Nicotine Dependence

HIS – Heaviness Smoking Index.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

NDSS - Nicotine Dependence Syndrome Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

QT – Quimioterapia

RT – Radioterapia

SNC - Sistema Nervoso Central

STUTS - Strength of Urges to smoke

TFDN - Teste de Fagerström para Dependência à Nicotina

TRN – Terapia de Reposição de Nicotina

WISDM - Winsconsin Inventory of Smoking Dependence Motives

Sumário

1. Introdução.....	1
2. Objetivo.....	11
3. Casuística e métodos.....	12
4. Resultados.....	17
4.1. Dependência Nicotínica.....	17
4.2. Perfil Tabágico.....	23
5. Discussão.....	31
6. Conclusões.....	43
7. Anexos.....	44
7.1. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	44
7.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	45
7.3. Teste de Fagerström para Dependência à Nicotina.....	48
7.4. Questionário sobre Perfil Tabágico.....	49
7.5. Questionário Oncológico.....	50
8. Referências Bibliográficas.....	51
9. Resumo.....	56
10. Abstract.....	57

1. Introdução

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma doença crônica e recorrente causada pela dependência à nicotina é a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Estima-se que um terço da população mundial adulta seja fumante, sendo que 80% dela vivem em países de baixa e média renda. Isso, correspondendo a aproximadamente 47% de toda a população mundial masculina e 12 % da população feminina (1-7).

Metade das 10 mil mortes ao dia atribuídas ao tabaco ocorre entre indivíduos em idade produtiva totalizando quase seis milhões de pessoas por ano em todo o mundo.

O tabagismo foi responsável por 100 milhões de mortes no século XX e as estimativas falam em até um bilhão de mortes ao final deste século. Um terço da população adulta mundial está exposto ao fumo passivo que mata adicionalmente 600.000 pessoas a cada ano. No Brasil, são 200 mil mortes ao ano devido ao tabagismo. (3, 5, 6, 8).

O uso crônico do tabaco e de seus derivados é considerado um importante fator de risco isolado para mais de 50 doenças, entre elas, o câncer. O tabagismo é responsável por 90% de todos os casos de câncer de pulmão aumentando em 23 vezes o risco deste tipo de câncer entre os homens. Também, aumenta em 2 a 4 vezes o risco e doenças coronarianas, em até quatro vezes as chances de acidente vascular cerebral, e de até 13 vezes o risco de doença pulmonar obstrutiva crônica (4).

A maioria dos fumantes não sabe dos danos causados pelo tabaco, nem a natureza aditiva da nicotina, mas deseja parar quando toma consciência dos riscos. Embora, múltiplas tentativas sejam necessárias para a parada definitiva é possível parar de fumar sem ajuda, todavia, a assistência à cessação aumenta as taxas de sucesso e o auxílio da medicação dobra a chance de sucesso (4, 9, 10).

O tabaco pode ser consumido em diversas formas. O cigarro industrializado é a forma mais consumida mundialmente. A nicotina é a responsável pela dependência física do tabaco. A fumaça do tabaco é uma mistura heterogênea de mais de 4700 substâncias, que inclui ao menos 40 diferentes substâncias classificadas como carcinógenos para humanos e animais. Não existe nível seguro de exposição. (4, 11).

Desde a década de 80 vem sendo registrado um declínio significativo no número de fumantes no Brasil, atingindo todas as faixas etárias. Atualmente, o Brasil possui cerca de 25 milhões de fumantes. Estes números ilustram os resultados positivos das políticas de controle do uso do tabaco em nosso país (12).

Dados do VIGITEL 2010 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas através de Inquérito Telefônico) avaliaram em mais de 54 mil entrevistas, adultos maiores de 18 anos residentes em domicílios com telefone fixo, nas capitais dos 26 estados brasileiros e DF. Esse estudo mostrou que no Brasil a prevalência de fumantes é de 15,1% e de ex-fumantes é de 22%. O consumo de 20 ou mais cigarros por dia ocorre em 4,5% da população estudada (13).

Esta prevalência vem diminuindo desde 1989 quando as taxas eram de 33,1% (40,3 % em homens e 26,2% em mulheres). Nas décadas seguintes foi observada

redução significativa entre os homens de 20,2% em 2006 para 17,9% em 2010 e estabilidade dos valores entre as mulheres. Os homens diminuíram o consumo de 20 ou mais cigarros por dia nesse período, enquanto as mulheres o aumentaram. A prevalência de fumantes ativos é menor entre indivíduos com maior escolaridade (13, 14).

As mais altas prevalências de tabagismo no Brasil são encontradas nas regiões sudeste e sul do país, coincidindo com as maiores incidências de neoplasias estritamente relacionadas ao tabaco, que são as de cavidade oral, esôfago e pulmão. As capitais com maior número de fumantes são Porto Alegre, São Paulo e Rio Branco. As capitais onde se fuma menos são Salvador, São Luís e Aracaju (13).

Quanto às doenças tabaco-relacionadas, assumem importância as neoplasias malignas. No mundo, a estimativa de mortes por câncer em 2030 é da ordem de 11 milhões de pessoas. Em 2008, representou 13% de todas as mortes. Entre os fumantes passivos também são encontrados maiores riscos de tumor de pulmão, faringe e laringe (15).

Em 1950, Doll e Hill publicaram um trabalho histórico evidenciando a relação causal entre o uso do tabaco e o câncer de pulmão (16). O uso do tabaco começou a ser aceito como causador real de danos à saúde. O tabaco vem sendo usado por geneticistas como modelo de carcinogenicidade ambiental. Atualmente, estudos vêm sendo realizados para identificar fatores de susceptibilidade aos agentes que modificam o metabolismo de carcinógenos, reparo de DNA, ativação ou excreção de carcinógenos absorvidos (11). Igualmente, podemos encontrar publicações demonstrando a relação causal entre o uso de tabaco e câncer (17). Estimam-se em 20 o número de tumores malignos com evidências de associação ao tabagismo (12).

O Câncer de Cabeça e Pescoço (CCP) é um dos 10 mais frequentes cânceres entre os homens no mundo (18). O Carcinoma Epidermóide (CE) responde por 90% destes cânceres (15, 19). No geral, a incidência de CCP está aumentando entre as mulheres e diminuindo entre os homens. Este fato se justifica pelo aumento do número de mulheres fumantes em todo o mundo. O fumo mascado e a exposição passiva ao fumo foram reconhecidos como fatores de risco, enquanto o Papilomavírus Humano (HPV) parece ser um fator de bom prognóstico para CE de cavidade oral e orofaringe (17, 20).

Os cânceres de cavidade oral e faringe ocupam a sexta posição mundial para homens e mulheres, mostrando grandes variações ao redor do mundo. Na Índia é o câncer mais comum entre os homens e o terceiro entre as mulheres. Na Europa, e em alguns países asiáticos é altamente incidente. Já na América Latina e Caribe apresenta-se com taxas intermediárias. Nos países desenvolvidos é o terceiro entre os homens e o quarto entre mulheres (20, 21).

No Brasil, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer da cavidade oral ocupa a quinta posição nas regiões Sudeste (15/100 mil) e Centro-Oeste (9/100 mil) e o sexto lugar nas regiões Sul (12/100 mil) e Norte (3/100 mil). Para as mulheres, é o oitavo mais frequente na região Nordeste (3/100 mil). Nas regiões Sudeste (6/100 mil) e Norte (2/100 mil), ocupa a nona posição. Já o câncer da laringe é o oitavo mais incidente entre os homens na região Sudeste (8/100 mil) e o sétimo nas regiões Sul (9/100 mil) e Norte (2/100 mil) (22).

O tabaco, em suas diversas formas de consumo, aliado ao álcool são os maiores fatores de risco de CCP. Em relação à cavidade oral e laringe o uso simultâneo aumenta em até 15 vezes o risco de câncer (17, 23-29)

Os Cânceres do Trato Aero Digestivo Superior (CTADS) estão fortemente relacionados ao uso do tabaco. O papel do álcool e do tabaco nos CTADS, incluindo cavidade oral, faringe, laringe e esôfago foi avaliado por Szymanska et al., que concluíram que os etilistas têm cinco vezes mais chance de CTADS comparado com quem nunca bebeu, enquanto tabagistas apresentam seis vezes mais chance de CTADS comparados com quem nunca fumou. A interação entre os efeitos do álcool e tabaco foi mais do que multiplicativa, sendo que 65% dos casos de CTADS foram atribuídos a este efeito combinado. Uma clara relação dose-efeito entre a duração do tabagismo e o risco de câncer foi encontrada para todos os sítios (29).

O tabagismo é um forte fator de risco para CCP, contudo, os homens têm três vezes mais chance de desenvolver CCP em comparação com as mulheres (30). O tabaco isolado é responsável por 41 % dos CTADS em homens e 15% em mulheres com OR de 5.49 para câncer de cavidade oral e faringe e 7.44 para câncer de laringe e hipofaringe, todavia, com o aumento do número de mulheres fumantes no mundo pode mudar este padrão num futuro bem próximo (29).

A cessação do uso de tabaco e álcool diminui os riscos de desenvolvimento de câncer de cavidade oral, faringe, laringe e esôfago (17, 25, 28, 29).

A não percepção da relação causal e uma elevada dependência nicotínica justificam a permanência do uso do tabaco após um diagnóstico de uma doença grave ou câncer. Ao tomar conhecimento dos benefícios da cessação para o resultado do tratamento e prognóstico, a maioria dos indivíduos motiva-se a parar de fumar. Entretanto, esta motivação nem sempre está presente no momento do diagnóstico e por isso, ainda temos um número significativo de indivíduos que permanecem usando o tabaco mesmo após o diagnóstico estabelecido (31-33).

Pacientes com câncer, que usam tabaco, demonstram grande dependência, com risco de futuras doenças tabaco relacionadas, aumento da morbidade e mortalidade. O tratamento para cessação tabágica ajuda e quanto mais cedo, mais eficaz. Pacientes com câncer podem estar motivados e preparados para cessação. Cox et al. demonstraram que 46 a 75% dos pacientes com câncer são fumantes e destes, 14 a 58% continuam fumando após diagnóstico (34).

O momento ideal da intervenção para cessação permanece incerto: logo após o diagnóstico, antes da cirurgia, durante a internação ou na alta após o tratamento. Muitos fatores podem influenciar a manutenção da abstinência: Estádio, tratamento, estágio motivacional e preparo para cessação e o momento da intervenção em relação à dependência nicotínica após diagnóstico de câncer (34, 35).

Continuar fumando contribui para o desfecho desfavorável em relação ao tratamento; surgimento de novas doenças, aumento do risco cirúrgico, maior chance de complicações no pós-operatório, incluindo deiscência de sutura e infecção, e menor resposta à quimioterapia e radioterapia (34, 36-39). A resposta à radioterapia e à quimioterapia fica reduzida, existe um aumento do risco de metástases e segundo tumor primário (STP). Tanto a qualidade de vida quanto a sobrevida diminuem (40-42).

A dependência à nicotina ou dependência tabágica é um comportamento complexo influenciado por fatores genéticos, sociais e ambientais (43). Por isso, é considerada uma doença crônica que necessita de repetidas intervenções. Apesar disso, o tratamento efetivo existe e pode promover abstinência por longo tempo ou mesmo permanente (1). A dependência nicotínica está incluída no Capítulo F17 da

Classificação Internacional de Doenças (CID) como “Transtorno mental e de comportamento, devido ao uso do tabaco”.

Estudos que poderiam justificar os fatores de experimentação do tabaco, de tornarem-se dependentes, de parar de fumar e de reparar ou eliminar os danos genéticos causados pelo seu uso crônico, têm sido realizados para identificar os determinantes genéticos e hereditários dessa dependência. O tipo de tabaco usado, o volume de fumaça inalado, a intensidade da tragada, o tempo de retenção e o número de tragadas por cigarro fumado influenciam na exposição e risco de desenvolvimento de câncer (43, 44).

A nicotina, droga de alta toxicidade, é a substância responsável pela dependência química nos fumantes. Após ser inalada é rapidamente absorvida atingindo o Sistema Nervoso Central (SNC) onde facilita a liberação de vários neurotransmissores. Sua meia-vida é em torno de 2 horas, mas seu principal metabólito, a cotinina, pode ser dosada na urina, saliva e sangue durante dias após cessação do uso ou exposição à fumaça do tabaco. Os efeitos da nicotina são influenciados pela intensidade da inalação, via de administração e tipo de tabaco consumido (45).

Semelhante a outras drogas, como a cocaína e a heroína, a sensação de bem-estar provocada pela liberação de dopamina e outros hormônios psicoativos é um fato. A nicotina possui propriedades euforizantes e ansiolíticas (45). Desta maneira, a suspensão da oferta gera reforço negativo com presença de sintomas de abstinência. Para manter a liberação de neurotransmissores, os fumantes mantêm os níveis séricos da nicotina de maneira relativamente constante, ajustando o número e tipo de cigarros fumados e a intensidade e tempo de inalação.

Os meios bioquímicos disponíveis para avaliar o grau da dependência nicotínica incluem a dosagem da cotinina, principal metabólito da nicotina, e o monóxido de carbono exalado (COex). A cotinina pode ser dosada no sangue, saliva ou urina. Polimorfismos genéticos da enzima CYP2A6, que metaboliza a nicotina, podem interferir nesses níveis. Esses exames são úteis para avaliações seriadas de fumantes em cessação, contudo, o principal inconveniente é o custo elevado desses procedimentos.

O Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ, Questionário de Tolerância de Fagerström) surgiu em 1978 como meio rápido e conveniente de medida autorrelatada da dependência à nicotina (46). O Heaviness Smoking Index (HSI) foi desenvolvido por Heatherton em 1989 é composto de duas questões retiradas do FQT: o tempo necessário para fumar o primeiro cigarro e a quantidade de cigarros fumados/dia.

O Teste de Fagerström para Dependência à Nicotina (TFDN) surgiu como uma revisão do FQT e é um instrumento amplamente utilizado para a avaliação da dependência à nicotina o qual já foi validado em diversos idiomas e populações (47-49). O questionário é simples e de fácil aplicação e se correlaciona com os níveis séricos da cotinina (50). De acordo com o grau de dependência à nicotina é possível prever, ainda, o desconforto durante a cessação e a necessidade do tratamento medicamentoso como auxiliar no controle dos sintomas de abstinência (51).

Vários trabalhos têm sido publicados para validar e comparar novas escalas e questionários de avaliação da dependência nicotínica como Cigarette Dependence Scale (CDS), Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS), Cigarette Dependence Scale (CDS), Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS), Winsconsin Inventory

of Smoking Dependence Motives (WISDM) e Strength of Urges to Smoke (STUTS). Entre os desfechos avaliados encontram-se a previsão de abstinência, de recaída e de relação do grau de DN com sintomas de abstinência. Também, têm sido avaliados estados motivacionais e DN. Estas escalas são mais complexas e mais longas do que o TFDN, além de exigirem maior capacitação para sua aplicação (52-57).

O tratamento do tabagismo deve ser indicado a todos os pacientes com câncer e o momento do diagnóstico deve ser considerado uma janela de oportunidades para a abordagem específica do tabagista. O encaminhamento a uma equipe multidisciplinar para intervenções intensivas e acolhimento adequado pode aumentar as chances de sucesso do tratamento do fumante com câncer. O tratamento medicamentoso é capaz de aumentar as taxas de sucesso e de manutenção da abstinência e deve se usado caso não haja contraindicações. O paciente com câncer pode tornar-se um grande colaborador neste processo quando bem acompanhado e motivado (31, 33, 58).

A avaliação da dependência nicotínica, em pacientes com câncer atribuídos ao tabaco, identifica quais pacientes poderão ter dificuldades em parar de fumar (48). Informações sobre o perfil tabágico não são rotineiramente coletados em trabalhos científicos, principalmente em oncologia, ainda que sejam fundamentais para a interpretação dos desfechos e enriquecimento científico nesta área, bem como direcionar a conduta do tratamento do tabagismo. Da mesma forma, o fumo passivo não é rotineiramente abordado em pacientes com câncer (2).

Acredita-se que pacientes com câncer, principalmente os atribuídos ao tabaco, sejam uma população improvável de aderir ao tratamento e às mudanças de

comportamento devido ao fato de apresentarem, em sua maioria, elevada dependência à nicotina, que dificulta intervenções para cessação tabágica (33).

O tratamento para cessação em CCP é efetivo, particularmente quando iniciado logo após o diagnóstico e para aqueles que recebem cirurgia como tratamento primário (59, 60). Entre os pacientes com CCP, aproximadamente, 80% são fumantes e 67 a 90% são etilistas (31, 61). A dependência ao álcool e à nicotina tem papel importante no risco de recorrência do CCP e deve ser conduzida de forma intensiva e simultânea, uma vez que pode ter impacto desfavorável nos resultados do tratamento. (62).

Alguns trabalhos avaliaram as diferentes intervenções, de básicas a intensivas, realizadas em pacientes oncológicos (31, 61, 63), todavia, a melhor técnica, o melhor seguimento e tempo de acompanhamento para cessação tabágica nesta população ainda são indefinidos até o momento (64).

Assim, como a imensa maioria dos pacientes com CCP têm como característica serem grandes fumantes e altamente dependentes da nicotina, e que na aliança destas duas características com o CCP a literatura é relativamente escassa, resolvemos estudar com maior profundidade este perfil e a dependência tabágica.

Da mesma maneira, enfatizamos a importância da cessação do tabagismo mediante intervenções apropriadas no sentido de melhorar os resultados do tratamento e prolongá-la com menos sintomas de abstinência e recaídas.

2. Objetivo

Avaliar o perfil tabágico e a dependência nicotínica em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

3. Casuística e Método

Trata-se de um estudo observacional com pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos a tratamento convencional que cessaram ou não o tabagismo, realizado no Ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética (Anexo 1). Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2) concordaram em responder ao questionário sobre Dependência Nicotínica (Anexo 3) e Perfil Tabágico (Anexo 4). Informações sobre o Estádio e tratamento oncológico foram retiradas dos prontuários médicos (Anexo 5).

As entrevistas foram realizadas por um mesmo examinador por um período de cinco meses consecutivos entre janeiro e maio de 2010. Foram incluídos indivíduos portadores de carcinoma epidermóide (CE) de cavidade oral, faringe e/ou laringe que tinham consulta marcada no ambulatório naquele período e que estavam realizando algum tipo de tratamento oncológico.

Os doentes laringectomizados não falantes preencheram o questionário mediante a leitura das perguntas e sinalização ou apontamento das respostas. Nesta casuística havia pacientes operados na Santa Casa e um intervalo de tempo que variou de um mês a 15 anos.

Foram considerados tabagistas ou fumantes ativos indivíduos que fumaram no mínimo cem cigarros na vida e que durante a entrevista permaneciam fumando diariamente ou ocasionalmente, e ex-tabagistas ou ex-fumantes indivíduos com as

mesmas características e que no momento da entrevista não estavam mais fumando.

Foram excluídos pacientes que nunca fumaram ativamente ou fumaram menos que 100 cigarros na vida, portadores de tumores de rinofaringe e lábio, aqueles que apresentassem dificuldade em entender e responder às perguntas da entrevista e carcinomas não epidermóide.

Foram entrevistados 82 indivíduos portadores de carcinoma epidermóide de cavidade oral, faringe ou laringe confirmados por meio de exame anatomopatológico. Destes, foram excluídos 11 indivíduos que nunca fumaram. Assim, a casuística final foi de 71 casos.

Destes 71 indivíduos, 59 (83,1%) eram do sexo masculino e 12 (16,9%) do sexo feminino, com média de idade de 61,4 anos \pm 8,1 (46 a 82). Em relação à cor, 52 se autodeclararam brancos (73,2%), 13 pardos (18,3%) e seis negros (8,5 %). No seguimento clínico, três pacientes apresentaram segundo tumor primário (STP) e dois evoluíram com metástases à distância (pulmão).

Em relação ao sítio primário, 11 indivíduos (15,5%) apresentavam câncer de cavidade oral, 22 (31%) de faringe e 38 (53,5%) de laringe. No momento do diagnóstico, 50 indivíduos (70,4%) foram classificados em estádios avançados III e IV (Tab. 1).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço segundo o Sítio Primário e o Estádio

Estádio	Sítio Primário						Total	
	Cavidade oral		Faringe		Laringe			
	N	%	N	%	N	%	N	%
I	3	27,3	1	4,5	11	28,9	15	21,13
II	3	27,3	1	4,5	2	5,3	6	8,45
III	2	18,2	5	22,7	10	26,3	17	23,94
IV	3	27,3	15	68,1	15	39,4	33	46,48
Total	11	100	22	100	38	100	71	100

Quanto ao tratamento oncológico, 55 casos (77,5%) foram submetidos a tratamento cirúrgico, seguidos ou não de quimioterapia (QT) e/ou radioterapia (RT), 9 indivíduos (12,7%) foram tratados com RT e QT, 6 indivíduos (8,5%) submeteram-se a RT exclusiva e 1 indivíduo (1,4%) a QT exclusiva (Fig. 1).

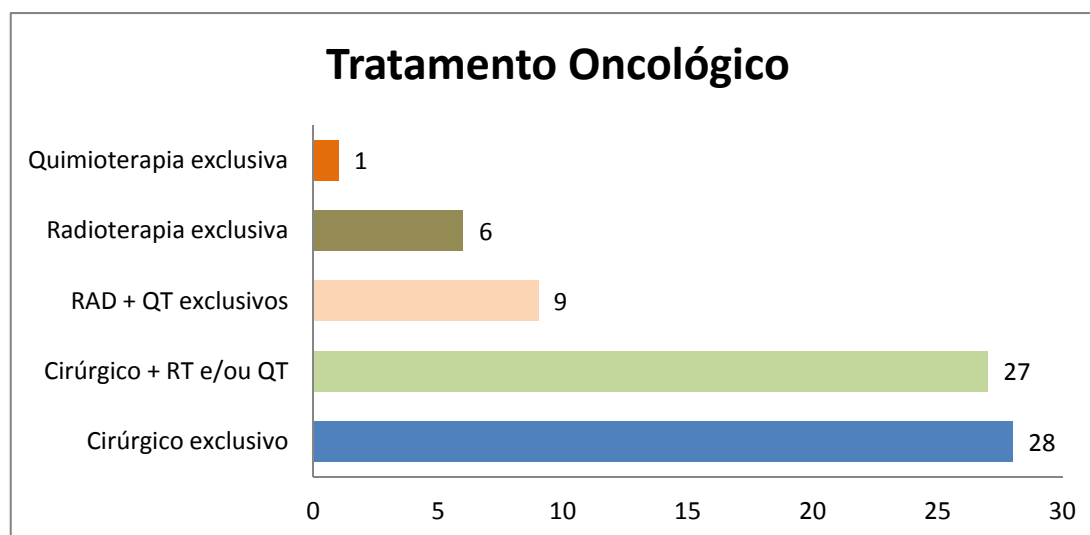


Figura 1 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo o Tratamento Oncológico realizado

A amostra foi dividida em dois grupos, os que cessaram o tabagismo constituído por 63 casos (88,7%) e os que não cessaram, constituído pelos oito casos restantes (11,3%).

O método utilizado para avaliação da dependência nicotínica foi o Teste de Fagerström para Dependência à Nicotina (TFDN) que é composto por seis questões que são pontuadas de acordo com a resposta. De acordo com a pontuação obtida, os pacientes eram alocados em cinco categorias em relação à dependência nicotínica: muito baixa (0 a 2 pontos), baixa (3 a 4 pontos), moderada (cinco pontos), elevada (6 a 7 pontos) e muito elevada (8 a 10 pontos) (Anexo 3).

Os indivíduos foram separados em dois grupos de acordo com a pontuação do TFDN: de 0 a 5 pontos (dependência muito baixa a moderada) e de 6 a 10 pontos (dependência elevada ou muito elevada).

O questionário sobre o perfil tabágico foi elaborado baseando-se nas informações sobre a avaliação clínica de fumantes, descritas nas diretrizes brasileira e americana sobre tratamento do tabagismo (9, 10).

O perfil tabágico foi composto por perguntas referentes ao uso atual do cigarro e seus derivados, idade de início, quantidade, tipo e tempo de uso. Foram feitas perguntas referentes ao número de tentativas anteriores de cessação, período de abstinência e auxílio medicamentoso para a cessação. Também, foram avaliados sintomas de abstinência após cessação, contato com fumantes, motivo e número de recaídas. Foram avaliados os fatores cognitivos (sentimentos de ansiedade, tristeza e alegria) e comportamentais (uso de café, refeições, falar ao telefone, uso do álcool

e ambiente de trabalho) associados ao ato de fumar. Foram feitas perguntas sobre uso regular de etílicos.

Para fins estatísticos foram denominados os Estádios I e II de - Estádios Iniciais, e III e IV de - Estádios Avançados. Pelo mesmo motivo, em relação às tentativas anteriores de cessação reunimos os indivíduos em dois grupos: os que não haviam feito tentativa alguma anteriormente – Nenhuma tentativa anterior, e os que haviam feito ao menos uma tentativa - Uma ou mais tentativas anteriores .

Para as análises estatísticas realizadas em relação à primeira pergunta do TFDN, que avalia o primeiro cigarro fumado do dia, dividimos as repostas em: até 30 minutos e acima de 30 minutos.

A quantificação da carga tabágica foi feita com o cálculo de maços/ano (pack-years) que é o número de cigarros fumados por dia, dividido por vinte e multiplicado pelo número de anos que o indivíduo fumou.

As informações obtidas foram digitadas no banco de dados do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Versão 13 – ano 2004. Os resultados foram avaliados pelos Testes do Qui-quadrado, Exato de Fisher e t de Student. Todos os testes adotaram um nível de significância de 5%.

4. Resultados

4.1. Dependência Nicotínica

Na avaliação geral da dependência nicotínica, a média do TFDN foi de 5,8 pontos \pm 2,3 (0 – 10).

Quando avaliado todo o grupo foi observada dependência muito baixa em 7 pacientes (9,8%), dependência baixa em 11 indivíduos (15,5%), moderada em 6 (8,5%), elevada em 30 (42,3%), e muito elevada em 17 (23,9%). Dentre os participantes 47 (66,2%) apresentaram TFDN elevado ou muito elevado (Fig. 2).

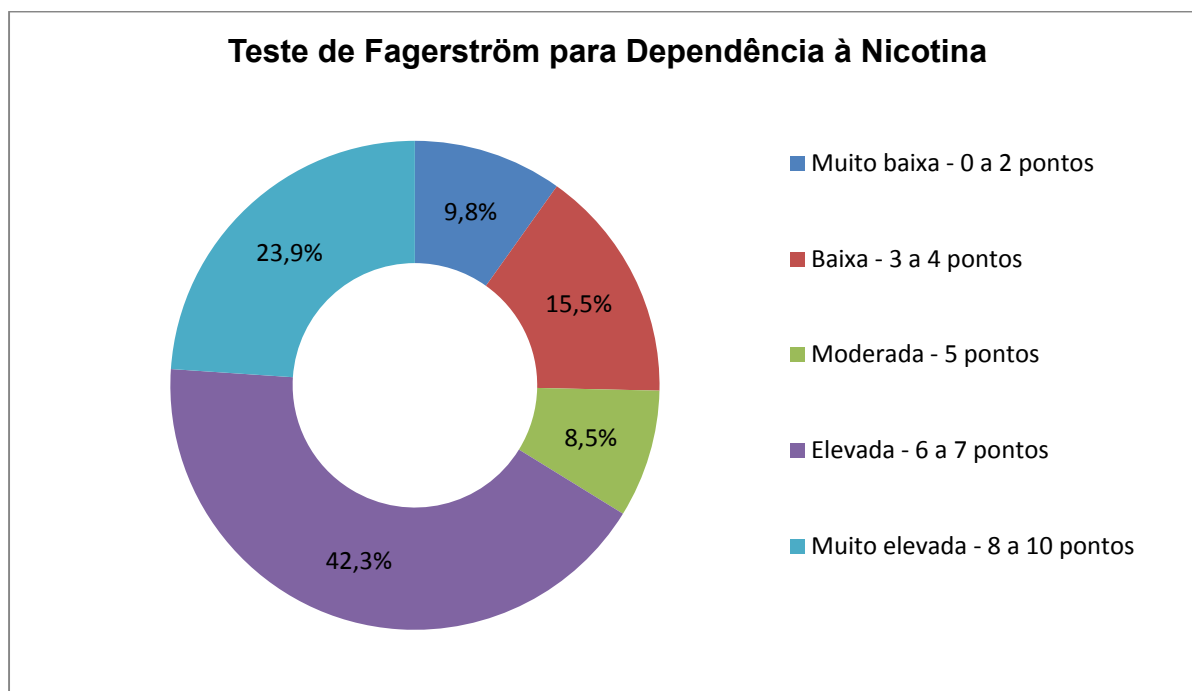


Figura 2 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo o Teste de Fagerström para Dependência à Nicotina

A distribuição dos pontos do TFDN encontra-se no Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo o Teste de Fagerström para Dependência à Nicotina segundo as respostas

	Pontos	N (71)	%
Pergunta nº 1: Quanto tempo depois de acordar você fuma seu primeiro cigarro?			
Dentro de 5 minutos	3	32	45,1
Entre 6 e 30 minutos	2	23	32,4
Entre 31 e 60 minutos	1	5	7,0
Após 60 minutos	0	11	15,5
Pergunta nº 2: Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc.?			
Sim	1	33	46,5
Não	0	38	53,5
Pergunta nº 3: Qual o cigarro do dia lhe traz mais satisfação?			
O primeiro da manhã	1	36	50,7
Outros	0	35	49,3
Pergunta nº 4: Quantos cigarros você fuma por dia?			
31 ou mais	3	32	45,0
21 a 30	2	8	11,3
11 a 20	1	22	31,0
10 ou menos	0	9	12,7
Pergunta nº 5: Você fuma mais frequentemente pela manhã?			
Sim	1	13	18,3
Não	0	58	81,7
Pergunta nº 6: Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar na cama a maior parte do dia?			
Sim	1	42	59,2
Não	0	29	40,8

Quando avaliada a associação entre sexo e o grau de dependência nicotínica, não foi encontrada diferença estatística ($p > 0,999$) (Tab. 3).

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo a dependência nicotínica e o sexo

Dependência Nicotínica	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Muito Baixa - moderada	20	33,9	4	33,3	24	33,8
Elevada - Muito elevada	39	66,1	8	66,7	47	66,2
Total	59	100,0	12	100,0	71	100,0

Teste Exato de Fisher ($p > 0,999$)

Comparando-se a dependência nicotínica com o Estádio não foi observada associação significativa ($p = 0,620$) (Tab. 4).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo a dependência nicotínica e o estágio

Dependência nicotínica	Estádio				Total	
	Estádios Iniciais		Estádios Avançados		N	%
	N	%	N	%		
Muito Baixa - Moderada	8	38,1	16	32,0	24	33,8
Elevada - Muito elevada	13	61,9	34	68,0	47	66,2
Total	63	100,0	8	100,0	71	100,0

Teste Qui- quadrado ($p = 0,620$)

Em relação à cessação tabágica 63 indivíduos (88,7%) cessaram o tabagismo e oito (11,3%) permaneceram fumando. Dos 63 que cessaram, a dependência foi elevada ou muito elevada entre 40 indivíduos (63,5%). Entre os oito pacientes que não cessaram o tabagismo, o TFDN foi elevado ou muito elevado em sete pacientes

(87,5%). Notou-se que não houve relação entre o grau de dependência e cessação tabágica ($p = 0,251$) (Tab. 5).

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo a dependência nicotínica e a cessação tabágica

Dependência nicotínica	Cessação				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Muito Baixa - Moderada	23	36,5	1	12,5	24	33,8
Elevada - Muito elevada	40	63,5	7	87,5	47	66,2
Total	63	100,0	8	100,0	71	100,0

Teste Exato de Fisher ($p= 0,251$)

Quando estudada a relação entre o tempo para fumar o primeiro cigarro e a cessação tabágica observou-se que a maioria dos indivíduos acendia o primeiro cigarro até 30 minutos, sem, no entanto, associação significativa ($p= 0,673$) (Tab. 6).

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo o tempo para fumar o primeiro cigarro e a cessação

Primeiro cigarro	Cessação				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Até 30 minutos	48	87,3	7	12,7	55	100
Acima de 30 minutos	15	93,8	1	6,3	47	66,2
Total	63	100	8	100	71	100

Teste Exato de Fisher ($p= 0,673$)

Quando avaliada a presença de sintomas de abstinência durante a cessação observou-se que, entre os 63 que cessaram o tabagismo, dois foram tratados com

Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) com sucesso na cessação e ausência de sintomas de abstinência. A ansiedade foi o sintoma de abstinência mais frequente entre os que cessaram. Dentre os 61 indivíduos que não utilizaram medicação, 43 (70,5%) referiram-se a algum sintoma de abstinência durante a cessação. Destes 43 indivíduos com abstinência, 29 (46%) apresentavam dependência elevada ou muito elevada (Tab. 7).

TABELA 7 - Distribuição dos 61 pacientes com câncer de cabeça e pescoço que cessaram o uso do tabaco sem medicação segundo a dependência nicotínica e Síndrome de Abstinência

Dependência Nicotínica	Com Síndrome		Sem Síndrome		Total	
	Abstinência		Abstinência			
	N	%	N	%	N	%
Muito Baixa - Moderada	14	32,6	9	50,0	23	37,7
Elevada - Muito elevada	29	67,4	9	50,0	38	62,3
Total	43	70,5	18	29,6	61	100,0

Teste Qui-quadrado (p= 0,200)

Ainda em relação ao grupo que cessou o tabagismo sem auxílio de medicação, não foi encontrada associação entre a quantidade de cigarros fumados ao dia e sintomas de abstinência (p= 0,328) (Tab. 8).

Tabela 8 - Distribuição dos 61 pacientes com câncer de cabeça e pescoço que cessaram o uso do tabaco sem medicação segundo a quantidade de cigarros fumados ao dia e a Síndrome de Abstinência

Quantidade de Cigarros/dia	Com Síndrome		Sem Síndrome		Total	
	Abstinência		Abstinência			
	N	%	N	%	N	%
Até 20 Cigarros	18	41,9	10	55,6	28	45,9
≥ 20 Cigarros	25	58,1	8	44,4	33	54,1
Total	43	100,0	18	100,0	61	100,0

Teste Qui-quadrado ($p= 0,328$)

Neste mesmo grupo também não foi encontrada associação entre o tempo para acender o primeiro cigarro e a sintomas de abstinência ($p> 0,999$) (Tab. 9).

Tabela 9 - Distribuição dos 61 pacientes com câncer de cabeça e pescoço que cessaram o uso do tabaco sem medicação segundo tempo para fumar o primeiro cigarro fumado e a Síndrome de Abstinência

Primeiro cigarro	Com Síndrome		Sem Síndrome		Total	
	Abstinência		Abstinência			
	N	%	N	%	N	%
Até 30 minutos	32	74,4	14	77,8	46	75,4
Acima de 30 minutos	11	25,6	4	22,2	15	24,6
Total	43	100,0	18	100,0	61	100,0

Teste Exato de Fisher ($p> 0,999$)

Quando se avaliou a associação entre a carga tabágica e a presença de sintomas de abstinência entre os 61 indivíduos que cessaram sem auxílio de medicação não se observou significância ($p= 0,538$) (Tab. 10).

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo a carga tabágica e Síndrome de Abstinência

Carga tabágica (maços-ano)	Com Síndrome		Sem Síndrome		Total	
	Abstinência		Abstinência			
	N	%	N	%	N	%
Até 40	11	25,6	6	33,3	17	27,9
Acima 40	32	74,4	12	66,7	44	72,1
Total	43	100,0	18	100,0	61	100,0

Teste Qui-quadrado ($p= 0,538$)

Dos oito indivíduos que permaneceram fumando, um usou bupropiona, mas não obteve sucesso na cessação.

4.2. Perfil Tabágico

A média geral de idade do início do uso de tabaco foi de 15,6 anos \pm 3,7 (6 a 30 anos). Os homens iniciaram mais precocemente o uso de tabaco 15,5 anos \pm 3,6 (6 – 30 anos). Já em relação às mulheres, a média de início do uso do tabaco foi 16,1 anos \pm 4,5 (10 – 25 anos).

Quando se analisou todo o grupo em relação às tentativas anteriores de cessação, observou-se que 31 indivíduos (43,7%) nunca haviam tentado anteriormente, 25 (35,2%) haviam tentado uma vez, 5 (7%) haviam tentado duas vezes e 10 (14,1%) já haviam tentado três ou mais vezes. (Fig. 2)

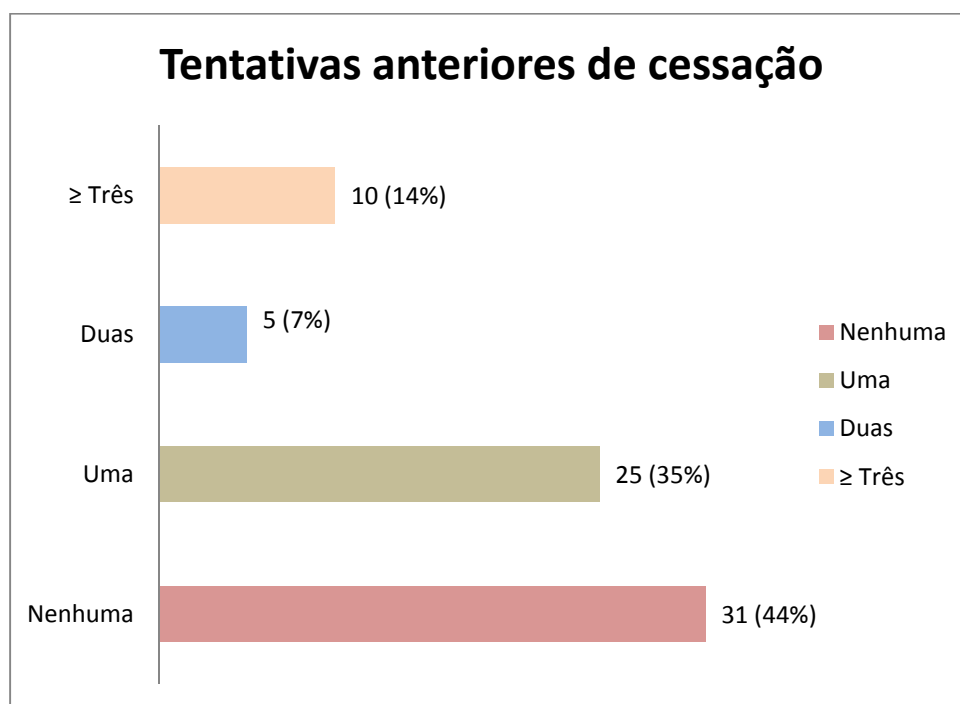


Figura 3 – Distribuição dos 71 pacientes com câncer de cabeça e pescoço que pararam de fumar segundo as tentativas anteriores de cessação

O cigarro de papel foi o tipo de tabaco mais consumido (98,6%). A média da duração do tabagismo foi de 40,4 anos \pm 10,7 (10 a 67 anos). Dentre os participantes 70 (98,6%) referiram-se ao convívio com fumantes em casa ou no trabalho.

Quando estudada a relação entre a dependência nicotínica e as tentativas anteriores de cessação, não foi encontrada associação significativa ($p= 0,792$) (Tab. 11).

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo a dependência nicotínica e as tentativas anteriores de cessação

Dependência Nicotínica	Tentativas Anteriores de Cessação				Total	
	Nenhuma		≥ 1		N	%
	N	%	N	%		
Muito Baixa - Moderada	11	35,5	13	32,5	24	33,8
Elevada - Muito elevada	20	64,5	27	67,5	47	66,2
Total	31	100	40	100	71	100

Teste Qui-quadrado (p= 0,792)

A quantidade de cigarros fumados, medida em maços-ano, foi de 60,5 em média \pm 29,8 (5 a 168).

Em relação à quantidade de cigarros fumados ao dia, 31 indivíduos (43,7%) fumavam até 20 cigarros/dia e 40 (56,3%) fumavam acima de 20 cigarros/dia, sendo que 32 (45,1%) destes fumavam mais de 30 cigarros diariamente. Apenas nove indivíduos (22,0%) fumavam até 10 cigarros ao dia (Tab. 12).

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo a Quantidade de cigarros fumados e o sítio

Quantidade de cigarros	Cavidade oral		Faringe		Laringe		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
≤ 10	2	2,8	1	1,4	6	8,5	9	12,7
11 – 20	3	4,2	7	9,9	12	16,9	22	31,0
21 – 30	2	2,8	2	2,8	4	5,6	8	11,3
> 30	4	5,6	12	16,9	16	22,5	32	45,0
Total	11	15,4	22	31,0	38	53,5	71	100,0

No trabalho, foi avaliada, também, a quantidade de cigarros fumados e a cessação tabágica, mas não encontrada relação significativa ($p= 0,507$) (Tab. 13).

Tabela 13 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo a quantidade de cigarros fumados ao dia e a cessação

Quantidade de Cigarros/dia	Cessação				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Até 20 Cigarros	28	44,5	3	37,5	31	43,7
≥ 20 Cigarros	35	55,5	5	62,5	40	56,3
Total	63	100,0	8	100,0	71	100,0

Teste Exato de Fisher ($p= 0,507$)

Não foi encontrada relação entre mulheres e homens e a quantidade de cigarros fumados ao dia ($p= 0,261$). (Tab. 14)

TABELA 14 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo a quantidade de cigarros fumados ao dia e o sexo.

Quantidade de Cigarros/dia	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Até 20 Cigarros	7	58,3	24	40,7	31	43,7
≥ 20 Cigarros	5	41,7	35	59,3	40	56,3
Total	12	100,0	59	100,0	71	100,0

Teste Qui-quadrado (p= 0,261)

Em relação ao Estádio e quantidade de cigarros fumados ao dia, 33 indivíduos (45,5%) encontravam-se nos Estádios Avançados e fumavam mais de 20 cigarros ao dia. Esta associação foi significativa (p= 0,011) (Tab. 15).

Tabela 15 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo a quantidade de cigarros fumados ao dia e a Estádio

Quantidade de Cigarros/dia	Estádio				Total	
	Estádio Inicial		Estádio Avançado		N	%
	N	%	N	%		
Até 20 Cigarros	14	66,7	17	34,0	31	43,7
≥ 20 Cigarros	7	33,3	33	66,0	40	56,3
Total	21	100,0	50	100,0	71	100,0

Teste Qui-quadrado (p= 0,011)

Quando avaliada a carga tabágica, em maços-ano, foi observada uma associação significativa com Estádios avançados (p= 0,047) (Tab. 16 e 17).

Tabela 16 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo a carga tabágica e Estádio

Carga tabágica (maços-ano)	Estádio								Total	
	I		II		III		IV		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
5 a 20	1	6,7	2	33,3	0	0	1	3,0	4	5,6
21 a 40	3	20,0	3	50,0	2	11,8	7	21,2	15	21,1
41 a 60	6	40,0	0	0	6	35,3	4	12,1	16	22,6
61 a 80	1	6,7	1	16,7	3	17,6	16	48,5	21	29,6
Mais de 80	4	26,6	0	0	6	35,3	5	15,2	15	21,1
Total	15	100,0	6	100,0	17	100,0	33	100,0	71	100,0

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo a carga tabágica e Estádio

Carga tabágica (maços-ano)	Estádios Iniciais		Estádios avançados		Total	
	N	%	N	%	N	%
Até 40	9	42,9	10	20,0	19	26,8
Acima 40	12	57,1	40	80,0	52	73,2
Total	21	100,0	50	100,0	71	100,0

Teste Qui-quadrado (p= 0,047)

A avaliação da relação entre a carga tabágica e a cessação não mostrou associação significativa (p> 0,999) (Tab. 18).

Tabela 18 - Distribuição dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço segundo a carga tabágica e cessação

Carga tabágica (maços-ano)	Cessação				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Até 40	17	27,0	2	25,0	19	26,8
Acima 40	46	73,0	6	75,0	52	73,2
Total	63	100,0	8	100,0	71	100,0

Teste Exato de Fisher ($p > 0,999$)

Apesar do perfil etílico não ser objetivo deste trabalho, observvrou-se que 66 indivíduos (93%) faziam uso regular de derivados do álcool, com dados sugestivos de dependência.

Em relação aos fatores comportamentais associados ao hábito de fumar, verificou-se que o ambiente de trabalho, refeições, café e uso concomitante de álcool foram considerados gatilhos para o uso de tabaco na grande maioria dos entrevistados, enquanto que a ansiedade foi o maior fator cognitivo associado ao ato de fumar. (Tab. 19)

Tabela 19 - Distribuição dos Fatores cognitivos e comportamentais associados ao uso do tabaco

Fatores Comportamentais	N	%
• Trabalho	66	93
• Refeições	64	90,1
• Café	60	84,5
• Álcool	61	85,9
• Falar ao telefone	19	26,8
Fatores Cognitivos	N	%
• Ansiedade	65	91,5
• Alegria	58	81,7
• Tristeza	54	76,1

5. Discussão

Este estudo foi idealizado para a avaliação da dependência nicotínica e as características do perfil tabágico em uma população de pacientes com câncer, na qual a prevalência de fumantes é alta.

Em um primeiro momento, foi planejado avaliar, também, o gene CYP2A6, que atua no metabolismo de carcinógenos da fumaça do tabaco e da nicotina. Este gene é responsável pela adequação do consumo de cigarros de acordo com a intensidade de seu metabolismo (44). Ocorre, porém, que a prevalência deste gene é extremamente rara na população, com variações significantes entre as diferentes populações ocidentais e orientais, dependendo do polimorfismo. Isto demandaria um tamanho de amostra superior a dois mil casos, o que inviabilizou este estudo genético (65-68). A partir deste fato optou-se por realizar um projeto observacional com pacientes atendidos, consecutivamente, no ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço avaliando o comportamento tabágico em relação ao câncer.

Nesse modelo de trabalho, a escolha de um participante não é feita de maneira aleatória, e sim através do julgamento do pesquisador, sendo, portanto, chamada também de amostra de conveniência. As conclusões obtidas não permitem a comprovação de hipóteses, todavia, é possível a geração delas. As limitações desse tipo de estudo referem-se à impossibilidade de generalizar os resultados obtidos uma vez que eles podem se mostrar não definitivos e não representativos.

Esse tipo de estudo pode ser usado quando tempo e recursos são escassos, e quando a população, apesar de características similares, não está disponível para ser sorteada. Essa metodologia se aplica a projetos que possam motivar ideias e

hipóteses para novas pesquisas, ou ainda, a fim de analisar aspectos críticos e informações rápidas para traçar intervenções, também, rápidas.

A avaliação da dependência nicotínica em pacientes com câncer atribuídos ao tabaco identifica quais pacientes poderão ter dificuldades em parar de fumar (48). A alta dependência física pelo uso do tabaco poderia justificar a elevada frequência de diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço em Estádios avançados, pois, mesmo quando sintomáticos, os indivíduos permanecem fumando.

Vários trabalhos têm sido publicados para validar e comparar novas escalas e questionários de avaliação da dependência nicotínica (52-57). Entre os desfechos avaliados encontram-se a previsão de abstinência, a recaída e a relação do grau de DN com sintomas de abstinência. Também, têm sido avaliados estados motivacionais e DN. Uma escala ideal deveria conter as definições de DN do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4^o Edição (DSM-IV- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), com boas propriedades psicométricas, rápida e autoadministrada (53).

O Teste de Fagerström para Dependência nicotínica (TFDN) foi escolhido por ser um instrumento capaz de avaliar o grau de dependência à nicotina de forma rápida, simples, não invasiva e com baixo custo (47, 48). Já foi validado em vários idiomas e aplicado em diversas populações (49, 69). Em 2002, foi traduzido para o português por Carmo & Pueyo (70).

Apesar de não avaliar componentes motivacionais ou emocionais, o TFDN é capaz de prever sintomas de abstinência em fumantes e direcionar o tratamento medicamentoso durante a cessação (51, 71, 72). Halty et al avaliaram a

dependência nicotínica entre 301 fumantes regulares, por meio do TFDN, com o objetivo de traçar estratégias de intervenção terapêutica mais adequada para a cessação nessa população. Com este trabalho foi possível identificar 54,9% de indivíduos com dependência nicotínica elevada ou muito elevada.

A dependência nicotínica é mais elevada em pacientes com câncer (31, 34, 61, 73). Em um estudo, do tipo caso-controle, feito em São Paulo, por Deheinzelin et al., com 56 pacientes com câncer de vários tipos, incluindo de cabeça e pescoço, e 85 controles, os valores de TFDN foram mais elevados em pacientes com câncer do que nos controles (≥ 7 em 73,2% dos casos, contra 43,5% nos controles e $p= 0,001$) (74). A amostra foi constituída somente de pacientes com câncer de cabeça e pescoço e da mesma maneira encontrou-se dependência elevada ou muito elevada na maioria dos casos (66,2%). Quando avaliada a dependência nicotínica, não foi encontrada associação desta com o sexo ($p> 0,999$) (Tab. 3), nem com o Estádio ($p= 0,620$) (Tab.4).

Apesar do reconhecimento da relação causal entre o tabaco e o câncer de cabeça e pescoço, muitos pacientes permanecem fumando após o diagnóstico (34, 63, 73, 75-77). Neste trabalho, 63 indivíduos (88,7%) cessaram o uso do tabaco e 8 (11,3%) permaneceram fumando após tratamento oncológico. Embora, a maioria dos indivíduos da amostra apresentasse dependência elevada ou muito elevada, ela não influenciou na cessação ($p= 0,251$) (Tab. 5).

Na casuística deste trabalho, 55 indivíduos (77,5%) relataram fumar o primeiro cigarro em até 30 minutos após acordar. Esses achados confirmam os dados que Muscat et al encontraram ao avaliar o tempo do primeiro cigarro e o risco de CCP, com $OR= 1.59$ (95% CI, 1.19-2.11) para quem fuma seu primeiro cigarro em até 30

minutos após acordar (78). As menores pontuações sobre o tempo para fumar o primeiro cigarro são preditores de sucesso ao parar de fumar (47). Todavia, as pontuações elevadas, obtidas na amostra, não influenciaram a cessação tabágica ($p= 0,673$), talvez pelo fato do diagnóstico de câncer ser considerado um “motivador compulsório” à cessação.

Existe uma relação entre o grau de dependência nicotínica e a intensidade dos sintomas de abstinência (51). A alta dependência está relacionada à maior intensidade destes sintomas que surgem poucas horas após o término do uso do cigarro. Estão presentes de maneira mais intensa nas primeiras quatro semanas após a cessação quando então se atenuam tornando-se mais toleráveis. Entre eles podemos citar a disforia (alterações do humor), a ansiedade, dificuldade de concentração, agitação, irritabilidade, frustração, impaciência, cefaleia e insônia. A ansiedade foi o sintoma mais frequente citado na casuística.

Dos 63 doentes que pararam de fumar 40 (63,5%) apresentavam dependência nicotínica elevada ou muito elevada. Entre os oito que não cessaram, 7 (87,5%) apresentavam dependência elevada. Dentre os que cessaram o tabagismo, somente dois utilizaram tratamento medicamentoso (adesivo de nicotina) com cessação efetiva e sem sintomas de abstinência. Dentre os 61 indivíduos que não utilizaram medicamentos, 43 (70,5%) referiram-se a algum desconforto ao cessar, sem associação significativa com a dependência nicotínica ($p= 0,200$) (Tab. 7). Ainda, entre esses indivíduos, não foi encontrado associação entre os sintomas de abstinência e a quantidade de cigarros fumados ao dia ($p= 0,328$) (Tab. 8), o tempo para fumar o primeiro cigarro ($p> 0,999$) (Tab. 9) e a carga tabágica ($P=0,538$) (Tab. 10).

A epidemia do tabagismo vem sendo alimentada pela iniciação precoce de crianças e adolescentes ao uso do tabaco e seus derivados. Dois terço dos jovens experimentam o cigarro, e destes, 20 a 25 % tornam-se dependentes. Quanto mais precoce o início do uso do tabaco, maiores as chances do fumante tornar-se dependente (44). Em relação à idade de início do tabagismo foram encontrados números semelhantes ao da literatura mundial que fala em 90% de fumantes iniciando o tabagismo antes dos 19 anos (79). Nesta casuística a idade média de início do uso do tabaco foi de 15,6 anos \pm 3,7, com amplas variações de 6 a 30 anos.

O tabagismo é uma doença recorrente e são comuns as múltiplas tentativas de cessação até a parada definitiva (9, 10, 45). Na amostra, 40 já haviam feito ao menos uma tentativa e entre os 63 que cessaram 30 indivíduos haviam tentado ao menos uma vez anteriormente. Apesar de 47 indivíduos apresentarem dependência elevada ou muito elevada, não foi encontrada associação significativa em relação às tentativas anteriores ($p= 0,792$) (Tab. 11).

O tabaco pode ser consumido em diversas formas, no entanto o cigarro industrializado é a forma mais consumida mundialmente. A fumaça do tabaco é uma mistura heterogênea com mais de 4700 substâncias sendo pelo menos 40 diferentes substâncias classificadas como carcinógenos para humanos e animais A nicotina a responsável pela dependência física e não existe nível seguro de exposição à fumaça do tabaco (11). Todas as formas utilizadas de tabaco, incluindo as mascadas e sem fumaça, são consideradas fatores de risco para câncer (18). A grande maioria da amostra analisada consumia cigarros industrializados (98,6%).

Os riscos da exposição passiva ao cigarro permanecem, caso o paciente oncológico, que consegue manter-se abstinente do cigarro, permanecer convivendo com outros fumantes em seu ambiente familiar e de trabalho. O apoio à cessação nestas situações deve ser estendido aos familiares e, caso possível, aos colegas de trabalho. O trabalho mostrou que 98,6% dos indivíduos entrevistados conviviam com fumantes em casa ou no trabalho.

O consumo de 20 ou mais cigarros por dia ocorre em 4,5% da população Brasileira segundo dados do VIGITEL (13). Foram encontrados 40 indivíduos (56,33%) que fumavam ou fumaram mais de 20 cigarros/dia, sendo que destes, 32 (45,07%) fumavam mais de 30 cigarros ao dia. A comparação entre a quantidade de cigarros fumados ao dia com a cessação foi avaliada sem, no entanto, associação significativa ($p= 0,507$) (Tab.13). Também, não houve relação entre a quantidade de cigarros fumados/dia e sexo ($p= 0,261$) (Tab. 14). Todavia, a quantidade de cigarros fumados ao dia foi significativa quando comparada ao Estádio ($p= 0,011$) (Tab. 15).

A “carga tabágica” é definida para designar a exposição do indivíduo, ao longo da vida, ao tabagismo por meio da relação entre o tempo e o número de cigarros consumidos por dia através do índice maços/ano (10). A quantidade média de cigarros fumados em maços-ano foi de 60,49. Houve uma associação significativa entre a carga tabágica e o Estádio ($p= 0,047$) (Tab. 17). Ao analisar a carga tabágica verificou-se que a quantidade de cigarros fumados durante toda a vida não interferiu na sua capacidade de cessação ($p> 0,999$). (Tab. 18).

O álcool é um fator de risco independente para CCP (18). Entre os pacientes com CCP aproximadamente 80 a 95% são fumantes e 67 a 90% são etilistas, e ao menos 75% desses cânceres estão relacionados à combinação do uso de álcool e

tabaco (24, 31, 61, 63, 80). Na amostra 66 indivíduos (93%) referiram-se ao uso regular de etílicos. Apesar de não ter havido a intenção de quantificar o uso de álcool e seus derivados, foi possível constatar sinais consistentes de uso abusivo e dependência. O álcool também foi apontado como gatilho ao uso do tabaco por 61 indivíduos (85,9%) o que é um fator preocupante quando a presença de abuso de álcool concomitante ao tabagismo é encontrada.

O conhecimento da relação do câncer com o tabaco e os riscos de permanecer fumando, torna a cessação uma ferramenta importante para uma boa resposta ao tratamento (33). Embora, exista tratamento eficaz para cessação e o desfecho do tratamento do câncer seja afetado pela permanência do uso do tabaco, 20 a 50% dos pacientes com CCP continuam a fumar após diagnóstico e tratamento (35, 59, 63). Observou-se neste trabalho que somente três indivíduos fizeram uso de medicação para auxiliar o processo de cessação. Em dois casos, foi usada a terapia de reposição de nicotina (TRN) com sucesso. Um paciente fez uso de bupropiona e recaiu. Por seu caráter crônico e recorrente, o tabagismo necessita de múltiplas tentativas, até mesmo inicialmente bem sucedidas, para deixar de fumar definitivamente.

O tratamento medicamentoso durante a cessação aliado à Terapia cognitiva-comportamental auxilia na permanência da abstinência prolongada. Os medicamentos devem ser usados em todos os casos, salvo contraindicações bem documentadas. No Brasil, dispomos de repositores de nicotina sob a forma de adesivos transdérmicos com liberação contínua e lenta de nicotina. Para uma reposição rápida temos as apresentações de gomas e pastilhas. Ainda, dispomos

dos antidepressivos bupropiona e vareniclina como arsenal terapêutico para ajudar o fumante a parar de fumar (9, 10).

A avaliação dos componentes cognitivos e comportamentais tem a finalidade de traçar um plano de ação para cessação por meio do reconhecimento das variações de alguns dos gatilhos já conhecidos (ansiedade, tristeza, alegria, uso do álcool, trabalho, café). O reconhecimento desses gatilhos leva à possibilidade de modificação de comportamentos posteriores, quando as mesmas situações se repetem.

Em oncologia, novos gatilhos podem ser abordados como, por exemplo: dor, mutilação, depressão, ansiedade, baixa autoestima e autoeficácia. Caso já exista a associação de ansiedade como gatilho é preciso atenção para a possível necessidade de tratamento dela uma vez que este quadro pode intensificar-se após a cessação. Alterações do humor como transtornos depressivos, podem aumentar após tratamento do tabagismo.

A motivação para parar de fumar após diagnóstico de câncer tem diversas variáveis psicológicas e sociais além das relacionadas à doença (61). Motivação é um estado interno de disposição para a mudança em um determinado momento, influenciado por fatores externos e temporais. É preciso entender as diferenças de motivação ou a ausência dela no processo de cessação. Em uma intervenção para cessação tabágica os aspectos importantes a serem avaliados são a autoeficácia, as crenças fatalistas, a percepção dos riscos e expectativas, com prós e contras de adotar comportamentos saudáveis e o desconforto emocional gerado após o diagnóstico de câncer. Os melhores resultados, com maior abstinência, são encontrados entre os pacientes com maior autoeficácia, maior adesão ao

tratamento, maior percepção dos riscos de continuar fumando, menor fatalismo, menores contras e maiores prós da cessação e menor desconforto ou stress emocional.

A não percepção da relação causal e uma elevada dependência nicotínica justificam a permanência do uso do tabaco após um diagnóstico de doença grave. Ao tomar conhecimento dos benefícios da cessação para o resultado do tratamento e prognóstico a maioria dos indivíduos motiva-se a parar de fumar. Entretanto, esta motivação nem sempre está presente no momento do diagnóstico e por isso ainda temos um número significativo de indivíduos que permanecem usando o tabaco (31-33).

A avaliação inicial do paciente oncológico e tabagista é muito importante. Incertezas sobre o tratamento, resultados, mudanças de funções e papéis, emoções (medo, raiva, tristeza) são desfechos observados que interferem na qualidade de vida desta população. Períodos de alteração do humor, sono, sensação de desespero ou desamparo também podem estar presentes. A maioria se adapta às novas circunstâncias de vida, mas uma minoria necessita de apoio especial. Cabe à equipe identificar e conduzir estes achados. Haman faz um alerta, ao observar que os pacientes justificam o uso do tabaco e do álcool como meio de sentir-se melhor, além de auxiliar na convivência com a mutilação e a dor (81).

Ao tabagismo é atribuído ao menos um terço das mortes por câncer, incluindo pulmão, cavidade oral, laringe e esôfago (75). Tratar a DN é uma prática óbvia para qualquer programa de pacientes com câncer. Entretanto, as intervenções para esta população devem ser intensivas e personalizadas. Pacientes com câncer podem sentir-se culpados e responsáveis por sua doença, e muitas vezes não percebem a

relação entre o tabagismo e sua enfermidade. Ao se discutir a causa e os fatores de risco, e como o tabagismo põe em risco o seu tratamento (cicatrização, sistema imunológico, STP e diminuição da sobrevida) muitos saem da fase pré-contemplativa para a ação de parar. Os benefícios são imediatos e os pacientes sentem que estão tomando parte do seu tratamento contribuindo para sua própria recuperação (33).

As intervenções para cessação do tabagismo em oncologia devem estar voltadas não somente para os riscos que advêm da permanência do consumo do tabaco em relação ao tratamento oncológico propriamente dito, mas principalmente no apoio à permanência definitiva da abstinência do tabaco e da diminuição dos riscos de recaída, os quais são muito comuns nesta população (32).

Alguns trabalhos avaliaram as diferentes intervenções realizadas em pacientes oncológicos de básicas a intensivas. As recomendações sistemáticas são as abordagens mínimas para todos, com cuidados mais intensivos para os menos capazes de parar de fumar no momento da primeira consulta (31, 61, 63).

As taxas de abstinência para o tratamento intensivo são maiores entre os que possuem a maior autoeficácia e em pacientes com maior apoio social. Pacientes com CCP estão dispostos a modificar comportamentos prejudiciais à saúde e estão em momento favorável para tal mudança (33). Pacientes com câncer apresentam altos níveis de motivação para parar de fumar, entretanto, não pedem ajuda para parar e se manter abstinente e muitos não relatam que recaíram por estigma e culpa. O acolhimento ao paciente com câncer compreende a aceitação da recaída como parte do processo de cessação e não com fracasso e o paciente e seus familiares devem estar cientes disso (82).

O momento de intervenção deve ser adaptado para cada paciente. No momento do diagnóstico o paciente pode sentir-se sobrecarregado com informações e não ser capazes de absorver mensagens de cessação. Neste caso, é possível esperar pelo início do tratamento ou internação para nova abordagem. Parar de fumar várias semanas antes da cirurgia diminui o risco de complicações pulmonares no pós-operatório. Para os que estão preparados, a abordagem apropriada e medicação devem ser iniciadas. O apoio repetitivo é crucial. O modelo básico de intervenção aumenta progressivamente de intensidade de acordo com as necessidades do paciente. Pode ser associada terapia cognitiva comportamental, medicação, apoio por telefone reuniões em grupo e trabalho com rede de apoio e familiares. A recaída pode ser adiada em um a seis meses após cirurgia. A ansiedade e depressão mais frequente entre os que conseguiram parar podem influenciar esta recaída. O tratamento cirúrgico, idade avançada de iniciação, menor DN foram fatores protetores para recaída. Os pacientes em fase contemplativa e preparados para a ação também apresentam maior sucesso na cessação (31, 58, 63).

O tratamento breve com a intervenção mínima é efetivo e deve ser oferecido a todos os indivíduos com diagnóstico de câncer. O tratamento é custo-efetivo e clinicamente efetivo em comparação a outras intervenções preventivas. Carter et al. demonstraram como é essencial que os profissionais de saúde identifiquem, documentem e tratem os fumantes (83).

Em síntese, nesta experiência, os pacientes com câncer de cabeça e pescoço, no que diz respeito à dependência nicotínica e perfil tabágico, apresentam as seguintes características:

- Alta dependência nicotínica demonstrada pelo TFDN, particularmente pela pontuação elevada ou muito elevada em 66,2% da amostra.
- São considerados grandes fumantes uma vez que 77,5% fumam seu primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e 54,1% fumam mais de 20 cigarros ao dia.
- Em relação à dependência nicotínica, não houve diferença quando ao sexo, estágio ou tentativas anteriores de parada.
- Tanto a elevada dependência nicotínica e o alto consumo de cigarros quanto o tempo para fumar o primeiro cigarro não influenciaram a cessação tabágica.
- A carga tabágica elevada não influenciou na capacidade de cessação e na presença de sintomas de abstinência.
- Houve associação significativa entre quantidade de cigarros fumados ao dia e carga tabágica elevada com o Estádio avançados.
- Apesar da maioria dos entrevistados conseguirem a cessação, os sintomas de abstinência foram frequentes e o tratamento medicamentoso não foi rotineiramente oferecido para atenuar esses sintomas.
- O diagnóstico de câncer é um fator motivador para a cessação tabágica, mas o tratamento intensivo do tabagismo em pacientes com câncer de cabeça e pescoço não é rotineiramente realizado.

6. Conclusões

Nas condições de execução do presente trabalho, analisando 71 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, pode-se concluir que a dependência à nicotina foi elevada ou muito elevada na maioria dos casos e o perfil tabágico revelou uma alta prevalência de consumidores de cigarros em grande quantidade por longo período.

7. Anexos

7.1. Anexo 1 - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE S PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
 Rua Santa Isabel, 305 4º Santa Cecília CEP 01221-010 São Paulo – SP.
 Tel.: (11) 2176-7689 Fax: (11) 2176-7688 E-mail: eticamedbernadete@santacasasp.org.br

São Paulo, **02** de **maio** de **2011**.

Projeto nº147/10
 Informe este número para
 identificar seu projeto no CEP

Ilmo.(a).Sr. (a).

Dra. Adriana Ávila de Almeida

Departamento de Cirurgia

O Comitê de Ética e Pesquisa da ISCMSP, em reunião ordinária, dia **26/05/10** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu projeto de pesquisa: **"Perfil tabágico e de dependência à nicotina e sua relação com os polimorfismos do gene CYP2A6 em pacientes com carcinoma espinocelular de boca laringe e faringe"** emitiu parecer inicial em pendência e nesta data enquadrando-o na seguinte categoria:

- Aprovado (inclusive TCLE);**
- Com pendências** há modificações ou informações relevantes a serem atendida em 60 dias, (enviar as alterações em duas cópias);
- Retirado**, (por não ser reapresentado no prazo determinado);
- Não aprovado:** e
- Aprovado (inclusive Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – MS -CONEP, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias.** Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.

Prof. Dr. Nelson Keiske Ono

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – ISCMSP

Conforme a Resolução 196/96, o relatório parcial deve ser apresentado de forma detalhada ao CEP, inicialmente em **02/11/2011** e a cada seis meses. Conforme ofício circular 0226/CONEP/CNS, datado de 29-10-2010, a suspensão de estudo e relatório final deverão ser apresentados conforme modelo elaborado pela CONEP. Impressos disponíveis em nosso site: www.santacasasp.org.br

JSC

7.2. Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa sobre câncer da região de cabeça e pescoço e sua relação com o hábito de fumar. Como podemos observar algumas pessoas passam a vida sem fumar. Outras experimentam o cigarro e facilmente o abandonam. Há ainda pacientes que apesar de saberem dos malefícios que o cigarro trás, não conseguem de maneira alguma parar de fumar, nem em situações de doenças muitas vezes graves como o câncer. Estudos no mundo todo, inclusive no Brasil, estão sendo realizados com o objetivo de se estudar uma parte do DNA e saber se esta parte estudada poderia causar um maior ou menor vício ao cigarro.

Para isso, estamos coletando uma amostra de 5,0 ml de sangue retirado de seu braço que será analisado em laboratório para o estudo do seu DNA. Pretendemos colher o sangue de cerca de 400 pacientes fumantes com e sem câncer de cabeça e pescoço.

O desconforto ocasionado será o de uma coleta de sangue como realizado em outras vezes durante o seu tratamento. Os riscos de contaminação por sangue não existem, pois todo o material utilizado será descartável, e como possível desconforto poderá ocorrer uma pequena dor no local, um arroxeadado, e a possibilidade do local ficar um pouco inflamado. Caso isto ocorra você poderá receber atendimento médico e se necessário medicamento para resolver o problema. Na grande maioria das vezes isto não lhe trará nenhum prejuízo, pois não são complicações graves e nem vão alterar o seu tratamento.

Como parte de nossa pesquisa você responderá a um questionário, sobre o uso de cigarro e álcool, sendo que tais informações são completamente confidenciais, garantindo seu sigilo absoluto.

Você em nenhum momento é obrigado a participar desta pesquisa, podendo simplesmente se negar. Não receberá nenhum benefício e nenhum prejuízo caso queira ou não participar. Esta pesquisa visa apenas buscar algumas informações de parte do seu DNA que poderá em algum momento ajudar pessoas portadoras de câncer ou simplesmente tabagistas como você.

Você terá a qualquer momento de nossa pesquisa um telefone para entrar em contato com os pesquisadores para esclarecimento de qualquer dúvida, acompanhar as informações referentes à sua parte na pesquisa, e também poderá a qualquer momento se retirar da pesquisa sem que haja prejuízo em seu tratamento.

Pesquisadores:

Dr. Celso Muller Bandeira – CRM 77096, médico, Cirurgião de Cabeça e Pescoço.

(12) 9105 9084

Dra. Adriana Ávila de Almeida – CRM 76850, médica, Pneumologista.

Telefones para contato: (12) 9123 2603.

Eu....., portador do RG de númerodeclaro que fui informado da pesquisa da qual estou participando, que entendi o modo como participarei, inclusive sobre seus riscos, e que, no momento, ACEITO participar. Fui informado que posso desistir a qualquer hora que desejar não havendo nenhum prejuízo ao meu tratamento médico.

São Paulo, de de 20...

7.3. Anexo 3 - Teste de Fagerström para Dependência à Nicotina

Perguntas	Pontos
Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	
Dentro de 5 minutos	3
Entre 6 e 30 minutos	2
Entre 31 e 60 minutos	1
Após 60 minutos	0
Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc.?	
Sim	1
Não	0
Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	
O primeiro da manhã	1
Outros	0
Quantos cigarros você fuma por dia?	
Menos de 10	0
De 11 a 20	1
De 21 a 30	2
Mais de 30	3
Você fuma mais frequentemente pela manhã?	
Sim	1
Não	0
Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar na cama a maior parte do dia	
Sim	1
Não	0
PONTUAÇÃO TOTAL	

Grau de Dependência à Nicotina	Pontos
Muito baixa	0 a 2
Baixa	3 a 4
Moderada	5
Elevada	6 a 7
Muito elevada	8 a 10

7.4. Anexo 4 - Questionário sobre Perfil Tabágico

Perfil Tabágico		
Você fuma atualmente?	Sim	Não
Com quantos anos começou a fumar?		
Fumou durante quantos anos?		
Há quanto tempo parou?		
Observação		
Quantos cigarros você fuma/fumava em média por dia?		
< que 10	10 a 20	> 20
Que tipo de tabaco usa/usou?		
<ul style="list-style-type: none"> • Cigarro de Papel • Cigarro de Palha • Charuto • Fumo mascado • Cachimbo • Outros 		
Já parou de fumar alguma vez?	Sim	Não
Quantas vezes?		
Por quanto tempo parou?		
Fez tratamento para parar de fumar?	Sim	Não
O que sentiu quando parou?		
Por que voltou a fumar?		
Contato com alguém que fuma?	Em casa	
	No trabalho	
Fatores associados ao fumo:		
Café	Nenhum	
Após às refeições	Tristeza	
Ansiedade	Alegria	
Ao falar ao telefone	Outros	
No trabalho	Bebidas Alcoólicas	
Etilismo	Sim	
	Não	
	Início	
	Tipo	Destilado
Fermentado		
Dose/dia		
Classificação		
Anos /maço		

8. **Referências Bibliográficas**

1. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest*. 2002 Mar;121(3):932-41.
2. Gritz ER, Dresler C, Sarna L. Smoking, the missing drug interaction in clinical trials: ignoring the obvious. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005 Oct;14(10):2287-93.
3. WHO. The Global Tobacco Epidemic - Implementing smoke-free environments. 2009 [updated 2009; cited]; Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/index.html>.
4. WHO. The Global Tobacco Epidemic - Warning about the dangers of tobacco. 2011 [updated 2011; cited]; Third:[Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf.
5. Brasil MdSIINdC. Tabagismo: Dados e números. [cited 06/08/2011]; Available from: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>.
6. Brasil MdS. OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO. 2011 [updated 2011; cited 2011]; Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/.
7. WHO. Tobacco Free Initiative (TFI). 2011 [updated 2011; cited 2011]; Available from: <http://www.who.int/tobacco/en/>.
8. WHO. Guidelines for implementation of the WHO FCTC. 2011 [updated 2011; cited 21/08/2011]; Available from: <http://www.who.int/fctc/en/index.html>.
9. Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respiratory care*. [Practice Guideline]. 2008 Sep;53(9):1217-22.
10. Reichert J, Araujo AJ, Goncalves CM, Godoy I, Chatkin JM, Sales MP, et al. Diretrizes para cessação do Tabagismo - 2008. *J Bras Pneumol*. 2008 Oct;34(10):845-80.
11. Thun MJ, Henley SJ, Calle EE. Tobacco use and cancer: an epidemiologic perspective for geneticists. *Oncogene*. 2002 Oct 21;21(48):7307-25.
12. Wunsch-Filho V, Mirra A.P., López R.V.M., Antunes L.F., . Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):175 - 87.
13. Brasil MdS. VIGITEL 2010. 2011 12/08/2011.
14. IBGE INdC-IIBdGeE-. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios - Tabagismo. 2008 [updated 2008; cited]; Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/pnad_tabagismo.pdf.
15. WHO. Media Centre/Fact Sheets/Cancer. 2011 [updated 2011; cited]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>.
16. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. *Br Med J*. 1950 Sep 30;2(4682):739-48.
17. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer*. 2008 Jan 1;122(1):155-64.
18. Curado MP, Hashibe M. Recent changes in the epidemiology of head and neck cancer. *Curr Opin Oncol*. 2009 May;21(3):194-200.

19. Brasil MdSIINdC. Tipos de Câncer/Laringe. 2012 [updated 2012; cited 15/08/2011]; Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/laringe>.
20. Johnson N. Tobacco use and oral cancer: a global perspective. *J Dent Educ.* 2001 Apr;65(4):328-39.
21. Wunsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncol.* 2002 Dec;38(8):737-46.
22. INCA MdS-. ESTIMATIVA/2012 - Incidência de Câncer no Brasil. 2012 [updated 2012; cited]; Available from: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/>.
23. Dobrossy L. Epidemiology of head and neck cancer: magnitude of the problem. *Cancer Metastasis Rev.* 2005 Jan;24(1):9-17.
24. Hashibe M, Brennan P, Benhamou S, Castellsague X, Chen C, Curado MP, et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *J Natl Cancer Inst.* 2007 May 16;99(10):777-89.
25. Bosetti C, Gallus S, Peto R, Negri E, Talamini R, Tavani A, et al. Tobacco smoking, smoking cessation, and cumulative risk of upper aerodigestive tract cancers. *Am J Epidemiol.* 2008 Feb 15;167(4):468-73.
26. Hashibe M, Brennan P, Chuang SC, Boccia S, Castellsague X, Chen C, et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009 Feb;18(2):541-50.
27. Petti S. Lifestyle risk factors for oral cancer. *Oral Oncol.* 2009 Apr-May;45(4-5):340-50.
28. Marron M, Boffetta P, Zhang ZF, Zaridze D, Wunsch-Filho V, Winn DM, et al. Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk. *Int J Epidemiol.* 2010 Feb;39(1):182-96.
29. Szymanska K, Hung RJ, Wunsch-Filho V, Eluf-Neto J, Curado MP, Koifman S, et al. Alcohol and tobacco, and the risk of cancers of the upper aerodigestive tract in Latin America: a case-control study. *Cancer Causes Control.* 2011 Jul;22(7):1037-46.
30. Freedman ND, Abnet CC, Leitzmann MF, Hollenbeck AR, Schatzkin A. Prospective investigation of the cigarette smoking-head and neck cancer association by sex. *Cancer.* 2007 Oct 1;110(7):1593-601.
31. Gritz ER, Carr CR, Rapkin DA, Chang C, Beumer J, Ward PH. A smoking cessation intervention for head and neck cancer patients: trial design, patient accrual, and characteristics. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1991 Nov-Dec;1(1):67-73.
32. Gritz ER, Carmack CL, de Moor C, Coscarelli A, Schacherer CW, Meyers EG, et al. First year after head and neck cancer: quality of life. *J Clin Oncol.* 1999 Jan;17(1):352-60.
33. Gritz ER, Fingeret MC, Vidrine DJ, Lazev AB, Mehta NV, Reece GP. Successes and failures of the teachable moment: smoking cessation in cancer patients. *Cancer.* 2006 Jan 1;106(1):17-27.
34. Cox LS, Africano NL, Tercyak KP, Taylor KL. Nicotine dependence treatment for patients with cancer. *Cancer.* 2003 Aug 1;98(3):632-44.
35. Lambert MT, Terrell JE, Copeland LA, Ronis DL, Duffy SA. Cigarettes, alcohol, and depression: characterizing head and neck cancer survivors in two systems of care. *Nicotine Tob Res.* 2005 Apr;7(2):233-41.
36. Browman GP, Wong G, Hodson I, Sathya J, Russell R, McAlpine L, et al. Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. *N Engl J Med.* 1993 Jan 21;328(3):159-63.

37. Arcavi L, Benowitz NL. Cigarette smoking and infection. *Arch Intern Med.* 2004 Nov 8;164(20):2206-16.
38. Dasgupta P, Kinkade R, Joshi B, Decook C, Haura E, Chellappan S. Nicotine inhibits apoptosis induced by chemotherapeutic drugs by up-regulating XIAP and survivin. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2006 Apr 18;103(16):6332-7.
39. Matthias C, Harreus U, Strange R. Influential factors on tumor recurrence in head and neck cancer patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2006 Jan;263(1):37-42.
40. Kawahara M, Ushijima S, Kamimori T, Kodama N, Ogawara M, Matsui K, et al. Second primary tumours in more than 2-year disease-free survivors of small-cell lung cancer in Japan: the role of smoking cessation. *Br J Cancer.* 1998 Aug;78(3):409-12.
41. Garces YI, Schroeder DR, Nirelli LM, Croghan GA, Croghan IT, Foote RL, et al. Second primary tumors following tobacco dependence treatments among head and neck cancer patients. *Am J Clin Oncol.* 2007 Oct;30(5):531-9.
42. Maxwell JH, Kumar B, Feng FY, Worden FP, Lee JS, Eisbruch A, et al. Tobacco use in human papillomavirus-positive advanced oropharynx cancer patients related to increased risk of distant metastases and tumor recurrence. *Clin Cancer Res.* 2010 Feb 15;16(4):1226-35.
43. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2009;49:57-71.
44. Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med.* 2010 Jun 17;362(24):2295-303.
45. Rosemberg J. Nicotina. *Droga Universal.* São Paulo: SES/CVE; 2003 [cited].
46. Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978;3(3-4):235-41.
47. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991 Sep;86(9):1119-27.
48. Mikami I, Akechi T, Kugaya A, Okuyama T, Nakano T, Okamura H, et al. Screening for nicotine dependence among smoking-related cancer patients. *Jpn J Cancer Res.* 1999 Oct;90(10):1071-5.
49. Jhanjee S, Sethi H. The Fagerstrom test for nicotine dependence in an Indian sample of daily smokers with poly drug use. *Nicotine Tob Res.* 2010 Nov;12(11):1162-6.
50. Fagerstrom K. Time to first cigarette; the best single indicator of tobacco dependence? *Monaldi Arch Chest Dis.* 2003 Jan-Mar;59(1):91-4.
51. Halty L.S. HMD, Netto IC, Santos V.A., Martins G. Análise da utilização do Questionári de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J Pneumologia.* [Artigo Original]. 2002;28(4):180-6.
52. Etter JF, Le Houezec J, Perneger TV. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacology.* 2003 Feb;28(2):359-70.
53. Shiffman S, Sayette MA. Validation of the nicotine dependence syndrome scale (NDSS): a criterion-group design contrasting chippers and regular smokers. Drug and alcohol dependence. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Validation Studies]. 2005 Jul;79(1):45-52.
54. Etter JF. Comparing the validity of the Cigarette Dependence Scale and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2008 May 1;95(1-2):152-9.
55. Piper ME, McCarthy DE, Bolt DM, Smith SS, Lerman C, Benowitz N, et al. Assessing dimensions of nicotine dependence: an evaluation of the Nicotine Dependence

- Syndrome Scale (NDSS) and the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM). *Nicotine Tob Res.* 2008 Jun;10(6):1009-20.
56. Courvoisier DS, Etter JF. Comparing the predictive validity of five cigarette dependence questionnaires. *Drug Alcohol Depend.* 2010 Mar 1;107(2-3):128-33.
57. Fidler JA, Shahab L, West R. Strength of urges to smoke as a measure of severity of cigarette dependence: comparison with the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and its components. *Addiction.* 2011 Mar;106(3):631-8.
58. Dresler CM, Gritz ER. Smoking, smoking cessation and the oncologist. *Lung Cancer.* 2001 Dec;34(3):315-23.
59. Garces YI, Schroeder DR, Nirelli LM, Croghan GA, Croghan IT, Foote RL, et al. Tobacco use outcomes among patients with head and neck carcinoma treated for nicotine dependence: a matched-pair analysis. *Cancer.* 2004 Jul 1;101(1):116-24.
60. Gritz ER, Demark-Wahnefried W. Health behaviors influence cancer survival. *J Clin Oncol.* 2009 Apr 20;27(12):1930-2.
61. Schnoll RA, Rothman RL, Newman H, Lerman C, Miller SM, Movsas B, et al. Characteristics of cancer patients entering a smoking cessation program and correlates of quit motivation: implications for the development of tobacco control programs for cancer patients. *Psychooncology.* 2004 May;13(5):346-58.
62. Baile WF. Alcohol and nicotine dependency in patients with head and neck cancer. *J Support Oncol.* 2008 Apr;6(4):165-6.
63. Gritz ER, Carr CR, Rapkin D, Abemayor E, Chang LJ, Wong WK, et al. Predictors of long-term smoking cessation in head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1993 May-Jun;2(3):261-70.
64. Nayan S, Gupta MK, Sommer DD. Evaluating smoking cessation interventions and cessation rates in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *ISRN Oncol.* 2011:849023.
65. Pianezza ML, Sellers EM, Tyndale RF. Nicotine metabolism defect reduces smoking. *Nature.* 1998 Jun 25;393(6687):750.
66. Batra V, Patkar AA, Berrettini WH, Weinstein SP, Leone FT. The genetic determinants of smoking. *Chest.* 2003 May;123(5):1730-9.
67. Maserejian NN, Zavras AI. Genetics of tobacco use. *Tob Induc Dis.* 2004;2(2):81-102.
68. Chatkin JM. The influence of genetics on nicotine dependence and the role of pharmacogenetics in treating the smoking habit. *J Bras Pneumol.* 2006 Nov-Dec;32(6):573-9.
69. Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JA. Psychometric properties of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. *J Bras Pneumol.* 2009 Jan;35(1):73-82.
70. Carmo JT, Pueyo, A. A adaptação do português do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros *Rev Bras Med* 2002;59 (1/2):73-80.
71. Dijkstra A, Tromp D. Is the FTND a measure of physical as well as psychological tobacco dependence? *J Subst Abuse Treat.* 2002 Dec;23(4):367-74.
72. Pietrobon R.C BJN, Manfroi W.C. Utilização do Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do Grau de Dependência. *Rev HCPA.* 2007;27(3):31-6.
73. Gritz ER, Schacherer C, Koehly L, Nielsen IR, Abemayor E. Smoking withdrawal and relapse in head and neck cancer patients. *Head Neck.* 1999 Aug;21(5):420-7.

74. Deheinzelin D, Lourenco MT, da Costa CL, Younes RN. The level of nicotine dependence is an independent risk factor for cancer: a case control study. *Clinics (Sao Paulo)*. 2005 Jun;60(3):221-6.
75. Gritz ER. Facilitating smoking cessation in cancer patients. *Tob Control*. 2000;9 Suppl 1:I50.
76. Schnoll RA, Subramanian S, Martinez E, Engstrom PF. Correlates of Continued Tobacco Use and Intention to Quit Smoking Among Russian Cancer Patients. *Int J Behav Med*. 2002 Nov 14.
77. Schnoll RA, James C, Malstrom M, Rothman RL, Wang H, Babb J, et al. Longitudinal predictors of continued tobacco use among patients diagnosed with cancer. *Ann Behav Med*. 2003 Summer;25(3):214-22.
78. Muscat JE, Ahn K, Richie JP, Jr., Stellman SD. Nicotine dependence phenotype, time to first cigarette, and risk of head and neck cancer. *Cancer*. 2011 Aug 8.
79. WHO. Tobacco is a global paediatric concern. 2010 [updated 2010; cited 20/01/2012]; Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/09-069583/en/>.
80. Lubin JH, Muscat J, Gaudet MM, Olshan AF, Curado MP, Dal Maso L, et al. An examination of male and female odds ratios by BMI, cigarette smoking, and alcohol consumption for cancers of the oral cavity, pharynx, and larynx in pooled data from 15 case-control studies. *Cancer Causes Control*. 2009 Sep;22(9):1217-31.
81. Haman KL. Psychologic distress and head and neck cancer: part 1--review of the literature. *J Support Oncol*. 2008 Apr;6(4):155-63.
82. Simmons VN, Litvin EB, Patel RD, Jacobsen PB, McCaffrey JC, Bepler G, et al. Patient-provider communication and perspectives on smoking cessation and relapse in the oncology setting. *Patient Educ Couns*. 2009 Dec;77(3):398-403.
83. Carter CL, Key J, Marsh L, Graves K. Contemporary perspectives in tobacco cessation: what oncologists need to know. *Oncologist*. 2001;6(6):496-505.

9. Resumo

OBJETIVO: Avaliar o perfil tabágico e a dependência nicotínica em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **MÉTODOS:** Estudo observacional com pacientes portadores de carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço em um hospital especializado na cidade de São Paulo e que estavam realizando algum tipo de tratamento oncológico, entre janeiro e maio de 2010. Foram incluídos pacientes tabagistas ou ex-tabagistas. A amostra foi composta por 11 indivíduos portadores de carcinoma epidermóide de cavidade oral, 22 de faringe e 38 de laringe. Os pacientes foram entrevistados sobre o perfil tabágico e avaliados quanto à dependência nicotínica utilizando-se Questionário de Fagerström para Dependência à Nicotina (TFDN). Informações sobre o tratamento oncológico foram coletadas nos prontuários. A análise estatística incluiu os Testes do Qui-quadrado, Exato de Fisher e t de Student. Todos os testes adotaram um nível de significância de 5%.

RESULTADOS: A maioria dos pacientes eram grandes fumantes com elevada dependência nicotínica (66,2%). Tanto a alta dependência nicotínica, quanto a carga tabágica elevada não influenciou na capacidade de cessação e na presença de sintomas de abstinência. Houve associação significativa entre quantidade de cigarros fumados ao dia e carga tabágica com os Estádios avançados ($p= 0,011$ e $0,047$ respectivamente). Apesar da maioria dos entrevistados conseguirem a cessação, os sintomas de abstinência foram frequentes e o tratamento medicamentoso não foi rotineiramente oferecido para atenuar estes sintomas.

CONCLUSÕES: A dependência à nicotina foi elevada ou muito elevada na maioria dos casos e o perfil tabágico revelou uma alta prevalência de consumidores de cigarros em grande quantidade por longo período.

10. Abstract

OBJECTIVE: To assess nicotine dependence and smoking habits in head and neck cancer patients. **METHODS:** Observational study of patients with squamous cell carcinoma of the head and neck in a specialist hospital in São Paulo city where they were receiving some type of oncological treatment, between January and May 2010. Both patients who were smokers and those who were former smokers were included. The sample comprised 11 patients with squamous cell carcinoma of the oral cavity, 22 of the pharynx, and 38 of the larynx. The patients were interviewed about their smoking habits profile and assessed as to their nicotine dependence using the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND). Information about oncological treatment was collected from medical records. Statistical analysis included the Chi-squared Test, Fisher's Exact Test and Student's t-Test. All the tests adopted a significance level of 5%. **RESULTS:** Most patients were heavy smokers with high degree of nicotine dependence (66.2%). The high degree of nicotine dependence and the heavy smoking had no influence on their ability to quit or the presence of withdrawal symptoms. There was a significant association between the number of cigarettes smoked per day and tobacco intake with advanced stages ($p = 0.011$, and 0.047 , respectively). Although most of the interviewees managed to quit, withdrawal symptoms were common, and medication was not routinely offered to alleviate these symptoms. **CONCLUSIONS:** Nicotine dependence was high or very high in most cases and smoking habits revealed a major prevalence of long-term heavy cigarette smokers.