

CESSAÇÃO DE HÁBITOS TABÁGICOS EM DOENTES CORONÁRIOS

MIGUEL TRIGO, EVANGELISTA ROCHA

Departamento de Psicologia. Universidade Lusófona.

Serviço de Cardiologia. Hospital Militar Principal. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa.

RESUMO/SUMMARY

Objectivo: Avaliar o impacto de eventos coronários na cessação de hábitos tabágicos e estudar a associação entre o tabagismo e a doença coronária.

Material e Métodos: Por meio de uma entrevista clínica estruturada, seleccionaram-se três amostras (n=68) a partir da população de doentes do Serviço de Cardiologia do Hospital Militar Principal. A amostra 1 foi constituída por doentes com angina estável e instável (n=18), a amostra 2 por doentes com enfarte do miocárdio (n=26) e a amostra 3 por pessoas que apresentavam outra doença cardíaca (hipertensão arterial ou doença valvular) (n=24). A faixa etária dos doentes variou entre os 48 e os 75 anos. Os procedimentos estatísticos usados foram os seguintes: análise de correspondências, teste de qui-quadrado (χ^2) e *Fisher exact test*.

Resultados: A associação entre os hábitos tabágicos (não fumador, ex-fumador e fumador) e o tipo de doença (angina, enfarte do miocárdio e hipertensão arterial) demonstrou ser estatisticamente significativa [$\chi^2(68)=14,5$; $p=0,006$]. Foi encontrada uma relação entre o tabagismo e a doença das artérias coronárias [$\chi^2(68)=4,0$; $p=0,045$]. A categoria dos ex-fumadores e os doentes com enfarte do miocárdio estavam igualmente associados de forma significativa (*Fisher exact test*=0,036).

Conclusões: A história de enfarte do miocárdio constitui um momento intenso de sofrimento e crise, no qual o doente se revela particularmente receptivo à cessação dos seus hábitos tabágicos. Confirma-se também que o hábito de fumar constitui um factor de risco para o enfarte do miocárdio. Assim, a intervenção do clínico com o

SMOKING HABITS CESSATION IN CORONARY PATIENTS

Objective: Assess the impact of coronary events in smoking cessation habits, and study the association between smoking habits and coronary artery disease.

Methods: With a clinical structured interview, three groups were selected (n=68), from the patients of the Cardiology Service of Hospital Militar Principal. Sample 1 was composed by patients with stable, and unstable angina (n=18), sample 2 by patients with myocardial infarction (n=26), and sample 3 by individuals with other cardiac disease (arterial hypertension, or valve disease) (n=24). The individuals were aged between 48 and 75. The following statistical procedures were used: correspondence analysis, *chi-square test* (χ^2), and *Fisher exact test*.

Results: The association between smoking habits (non smoker, former smoker, and current smoker), and type of disease (angina, myocardial infarction, and arterial hypertension), was statistically significant [$\chi^2(68)=14,5$; $p=0,006$], and there was also a significant association between smoking habits and coronary artery disease [$\chi^2(68)=4,0$; $p=0,045$]. The category of ex-smokers and myocardial patients also showed significant association (*Fisher exact test*=0,036).

Conclusions: Previous myocardial infarction events constitute an experience of severe suffering and crisis, in which the patient accepts to stop smoking. We also confirm that smoking is a risk factor for myocardial infarction. Thus the objective of clinic

objectivo de promover e reforçar a intenção de abandonar o consumo de tabaco revela-se de extrema importância e utilidade nesta tomada de decisão.

Palavras-chave: Doença das artérias coronárias; Tabagismo; Cessação de hábitos tabágicos; Modelo das crenças de saúde; Informação ao doente.

interventions, aiming to promote the smoking cessation intentions, are important to promote this decision.

Key words: Coronary artery disease; Smoking habits; Smoking cessation; Health Belief Model; Patients information.

INTRODUÇÃO

O hábito tabágico tem sido considerado a causa isolada de maior destaque na morbidade evitável e mortalidade prematura, constituindo o factor de risco modificável mais importante nas doenças cardio e cerebrovasculares. Estima-se que no mundo industrializado 30% de todas as mortes, entre os 35 e 69 anos de idade, se deva ao consumo de tabaco¹. Nos Estados Unidos da América, calcula-se que 46 milhões de adultos (18%) e 65 milhões da população jovem (25%) tenham algum tipo de hábito tabágico. Sabe-se também que 30% das mortes por doença isquémica e 80% a 85% dos cancros do pulmão e da laringe são atribuíveis ao hábito de fumar².

Quanto ao risco relativo, os fumadores vêem aumentada a probabilidade de adoecer com doença das artérias coronárias (DAC), em duas a três vezes, quando comparados com os não fumadores³. No *Framingham Heart Study*, o risco de mortalidade por causa cardiovascular aumentou 31% na mulher e 18% no homem, por cada dez cigarros/dia⁴. De forma complementar, nos consumidores de produtos do tabaco (*ex.* cigarros, cigarrilhas, charutos, tabaco de mastigar), em que também estão presentes outros factores de risco cardiovasculares (factores tradicionais, socio-demográficos ou psicossociais), ocorre um efeito sinérgico na probabilidade de vir a sofrer ou morrer de DAC¹.

Uma questão igualmente relevante no aumento do risco da DAC, relaciona-se com o tabagismo passivo. As pessoas não fumadoras que habitam com fumadores apresentam um risco relativo de morte por doença cardíaca, três vezes superior àqueles que estão livres do fumo⁵. Por outro lado, trabalhar durante oito horas num ambiente de fumadores é

equivalente ao consumo de dez cigarros, o que se revela claramente prejudicial para a saúde. Os filhos de mães fumadoras apresentam um peso diminuído ao nascer, menor massa encefálica e mais complicações pulmonares durante a infância².

Sabe-se que a cessação do consumo de tabaco está associada à diminuição dos acontecimentos coronários e que um ano após a cessação o risco do ex-fumador se aproxima do não fumador⁶. Um aspecto relevante é o aumento de três a cinco anos na esperança de vida, numa pessoa com aproximadamente 35 anos de idade que deixe de fumar⁷. Porém, a maior probabilidade de ocorrência de uma doença neoplásica mantém-se durante períodos significativamente mais alargados que podem chegar aos 30 anos após a cessação do hábito⁸.

Apesar das inequívocas vantagens associadas à cessação do consumo de tabaco, a maior parte dos programas elaborados com este propósito revelam-se ineficazes e com elevadas taxas de recaída⁹. Contudo, as pessoas que têm necessidade de recorrer a consultas, ou a apoio especializado, constituem um grupo atípico e auto-seleccionado, se consideramos as suas experiências prévias de insucesso. Por outro lado, tem-se sugerido que as pessoas que tentam abandonar o consumo, por si próprias, apresentam sucesso sem nunca recorrer a programas estruturados¹⁰.

Alguns dos aspectos que podem ser determinantes na predição da cessação de hábitos tabágicos relacionam-se com condições de doença orgânica. Segundo um estudo de Freund *et al.*¹¹, o desenvolvimento de DAC e a hospitalização constituem indicadores importantes para a cessação do consumo de tabaco, ao passo que o

diagnóstico de cancro não se revelou um bom predictor, provavelmente porque esses doentes acreditavam ser demasiado tarde para poder beneficiar da cessação do consumo.

Nesta linha, o modelo das crenças de saúde (*Health Belief Model* - HBM)¹², que resultou da revisão sistemática de catorze modelos e aproximadamente 100 variáveis usadas no domínio da educação para a saúde, veio sugerir a existência de seis factores predictores da adopção de comportamentos ao nível da saúde: (1) acessibilidade/barreiras a cuidados de saúde, (2) atitudes em relação aos técnicos de saúde, (3) percepção da gravidade e susceptibilidade à doença, (4) conhecimentos e informações acerca da doença, (5) características das redes sociais de apoio e (6) características socio-demográficas.

Tratando-se o tabagismo de um hábito tão prevalente na população e implicando consequências tão nefastas para a saúde, torna-se pois de extrema importância a realização de pesquisas neste domínio. De particular interesse revela-se o problema da cessação dos hábitos tabágicos, especialmente quando consideramos as dificuldades com que os fumadores se podem deparar ao pretender deixar de fumar. A este propósito, deve ainda considerar-se a relativa escassez de investigações desenvolvidas no âmbito da população portuguesa. Estes argumentos foram centrais no interesse em realizar o presente estudo.

OBJECTIVOS

Preteceu-se avaliar o impacto dos eventos coronários graves (enfarte do miocárdio - EM) na cessação de hábitos tabágicos. De forma complementar avaliou-se se os hábitos tabágicos estavam associados à incidência da doença das artérias coronárias.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente investigação inseriu-se num estudo mais vasto sobre factores de risco da DAC e o papel das emoções negativas¹³, a partir do qual se foi analisar mais especificamente o comportamento dos doentes em relação ao tabagismo. A casuística foi recolhida a partir de uma população de doentes do Serviço de Cardiologia do Hospital Militar Principal, da qual foram seleccionados 68 doentes segundo o diagnóstico clínico (*case finding*), distribuídos por três amostras.

A amostra 1 (n=18) foi constituída por doentes com angina estável (n=16) e instável (n=2), a amostra 2 por doentes com EM (n=26) e a amostra 3 (n=24) integrou pessoas sem diagnóstico de DAC, mas que apresentavam hipertensão arterial - HTA (n=23) ou doença valvular (n=1).

As amostras 1 e 2 em conjunto permitiram definir o grupo com DAC (Grupo I) e a amostra 3 corresponde aos casos sem DAC (Grupo II).

Relativamente à distribuição das características das amostras, a maioria das pessoas observadas eram do sexo masculino (n=55; 80,9%), sendo o sexo feminino menos representado (n=13; 19,1%). Nesta casuística (n=68), a maior percentagem pertencia ao grupo etário com mais de 60 anos de idade (n= 47; 69,1%) e os limites de variação das idades situaram-se entre os 48 e os 75 anos. A idade (média±DP) foi respectivamente de 63,3±6,6 anos, de 65,2±6,8 anos e de 61,7±7,7 anos nas amostras 1, 2 e 3. No sexo masculino foi de 63,4±7,2 anos e no sexo feminino de 63,5±7,2 anos (Quadro I).

Quadro I - Casuística por sexo, grupo etário e amostra (n=68).

SEXO	IDADE (anos)			AMOSTRAS			
	Total	<50	50-60	>60	Angina	EM	HTA
	n	n	n	n	n	n	
	%	%	%	%	%	%	
H	55	2	15	38	13	23	
	80,9	66,7	83,3	80,9	72,2	88,5	
M	13	1	3	9	5	3	
	19,1	33,3	16,7	19,1	27,8	11,5	
Total	68	3	18	47	18	26	
	(n=100%)						
% Horizontal	100	(4,4	26,5	69,1)	(26,5	38,2	35,3)

Nota: EM = Enfarte do miocárdio; H = Homens; HTA = Hipertensão arterial; M = Mulheres.

A definição dos casos elegíveis baseou-se em critérios de inclusão e exclusão para as diferentes amostras em estudo. Os critérios de inclusão foram os seguintes: nacionalidade portuguesa, raça caucasiana, idade entre os 45 e 75 anos, não sofrer de perturbação psiquiátrica, ter doença coronária (angina ou EM) ou outra doença cardíaca (HTA ou doença valvular).

Os diagnósticos clínicos, a selecção dos casos e o encaminhamento para as respectivas amostras foram feitos pelo Cardiologista. A definição da frequência⁴ e tipo de hábito tabágico realizou-se com base numa entrevista clínica estruturada (ECE), segundo uma classificação em que se distinguiam duas categorias: sem hábito tabágico (1-não fumador) ou com hábito tabágico (2-ex-fumador; 3-fumador). Esta categorização fez-se tendo em consideração as respostas dadas pelos participantes que voluntariamente colaboraram.

O acolhimento do doente foi realizado pelo Cardiologista que informava brevemente sobre os objectivos do estudo e recolhia a autorização oral para participar na investigação. Após o consentimento informado, a pessoa era conduzida ao Psicólogo que fazia uma entrevista breve de triagem psicopatológica e avaliava o tipo de hábito tabágico. O contacto com o doente terminava após um período de informação sobre comportamentos e saúde.

Em termos do tratamento estatístico, procedeu-se a uma análise exploratória dos dados entre as duas variáveis em estudo (hábitos tabágicos e tipo de doença), pelo método da análise de correspondências e recorrendo ao *Teste do qui-quadrado* (χ^2). A avaliação da associação entre o hábito de fumar (ex-fumador e fumador) e o Grupo I (angina e EM) fez-se por meio do χ^2 . Para o estudo da relação entre a categoria dos ex-fumadores e a amostra 2 (EM), utilizou-se o *exact test Fisher*.

RESULTADOS

A distribuição dos hábitos tabágicos nas amostras estudadas (n=68) revela uma maior percentagem de pessoas não fumadoras (n=40; 58,8%) e, com menos frequência, de ex-fumadores (n=23; 33,8%). A grande parte das mulheres não tinha hábitos tabágicos (n=12; 92,3%), ao passo que os homens se dividem essencialmente entre os não fumadores (n=28; 50,9%) e os ex-fumadores (n=22; 40%). Em qualquer das classes etárias, o mais frequente é o não fumador (n=40; 58,8%), seguido do ex-fumador (n=23; 33,8%). Comparando o conjunto de pessoas sem hábito tabágico (1-não fumador), com as que tiveram ou têm esse hábito (2-ex-fumador; 3-fumador), a maior percentagem continua a pertencer à categoria dos não fumadores (n=40; 58,8% vs. n=28; 41,2%).

Tendo em consideração as diferentes amostras, é de salientar o predomínio de não fumadores na amostra de hipertensos (amostra 3; n=18; 75%) e doentes com angina (amostra 1; n=10; 55,6%) e a maior percentagem de ex-fumadores na amostra de doentes com EM (amostra 2; n=14; 53,8%). A amostra de doentes com angina (amostra 1) é também onde existe maior número de pessoas que fumam mais de dez cigarros por dia (n=3; 16,7% - Quadro II).

No que se refere à análise de correspondências, deve-se salientar que os ex-fumadores e os doentes com EM (amostra 2) apresentam uma localização muito próxima, tal como os não fumadores e os hipertensos (amostra 3), o que é demonstrativo da associação destes pares de variáveis. Por outro lado, os fumadores aparecem equidistantes, quer em relação aos doentes com EM, quer

Quadro II - Frequências dos hábitos tabágicos por sexo, idade e amostra (n=68).

HÁBITO TABÁGICO	SEXO		IDADE (anos)			AMOSTRAS			
	Total	H	M	<50	50-60	>60	Angina	EM	HTA
	n	n	n	n	n	n	n	n	n
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Não fumador	40	28	12	3	10	27	10	12	18
	58,8	50,9	92,3	100	55,6	57,4	55,6	46,2	75,0
Ex-fumador	23	22	1	0	6	17	4	14	5
	33,8	40,0	7,7	0,0	33,3	36,2	22,2	53,8	20,8
Fumador									
(≤10 cigarros/dia)	2	2	0	0	1	1	1	0	1
	2,9	3,6	0,0	0,0	5,6	2,1	5,6	0,0	4,2
(>10 cigarros/dia)	3	3	0	0	1	2	3	0	0
	4,4	5,5	0,0	0,0	5,6	4,3	16,7	0,0	0,0
Total (n=100%)	68	55	13	3	18	47	18	26	24
% Horizontal	100	(80,9	19,1)	(4,4	26,5	69,1)	(26,5	38,2	35,3)

Nota: EM = Enfarte do miocárdio; H = Homens; HTA = Hipertensão arterial; M = Mulheres.

aos hipertensos e mais próximos dos doentes com angina (amostra 1 - Figura 1).

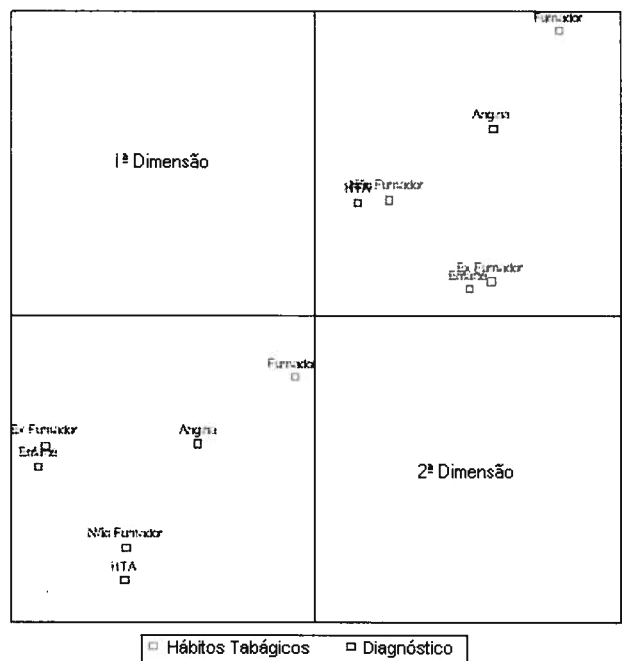


Fig. 1 - Análise de correspondências entre os hábitos tabágicos e o tipo de doença.
Nota: HTA = Hipertensão arterial.

Pelo cálculo dos valores residuais (VR), verifica-se que existe uma frequência significativamente mais elevada que a esperada na categoria dos fumadores com angina ($freq.=4$; $VR=2,3$ - Quadro III).

Quadro III - Frequências e valores residuais por hábitos tabágicos e amostra (n=68).

AMOSTRAS		HÁBITOS TABÁGICOS		
		Não fumador	Ex fumador	Fumador
ANGINA	Frequência	10	4	4
	VR	-0,2	-0,8	2,3
EM	Frequência	12	14	0
	VR	-0,8	1,8	-1,4
HTA	Frequência	18	5	1
	VR	1,0	-1,1	-0,6

Nota: EM = Enfarte do miocárdio; HTA = Hipertensão arterial; VR = Valores residuais.

O estudo das relações entre os hábitos tabágicos (1-não fumador; 2-ex-fumador; 3-fumador) e o tipo de doença (angina, EM, HTA) revelou existir uma associação estatisticamente significativa [$\chi^2(68)=14,5$; $p=0,006$]. Uma vez que em três células se observaram frequências abaixo do valor mínimo esperado (1,3), optou-se por aplicar o teste de Monte Carlo, com base numa amostragem de 10.000 tabelas, através do qual se confirmou o significado estatístico desta associação ($p=0,003$ - Quadro IV).

Quadro IV - Associação entre os hábitos tabágicos e o tipo de doença.

χ^2	gl	p	Monte Carlo
14,5 ^a	4	0,006	0,003 ^b

Nota: ^a = Três células (33,3%) apresentam frequências esperadas menores que 5. A frequência mínima esperada é 1,3; ^b = Baseado numa amostragem aleatória de 10.000 tabelas; gl = Graus de liberdade.

De forma complementar, pretendeu-se saber se as pessoas com hábito tabágico (2-ex-fumador; 3-fumador) eram mais predominantes no grupo com doença coronária (Grupo I) do que no grupo sem doença coronária (Grupo II). De facto, no Grupo I cerca de 22 (50%) doentes apresentaram hábito tabágico, enquanto que no Grupo II

apenas 6 (25%) doentes o referiram e 18 (75%) nunca tinham sido fumadores. Esta diferença de proporções foi estatisticamente significativa [$\chi^2(68)=4,0$; $p=0,045$ - Figura 2].

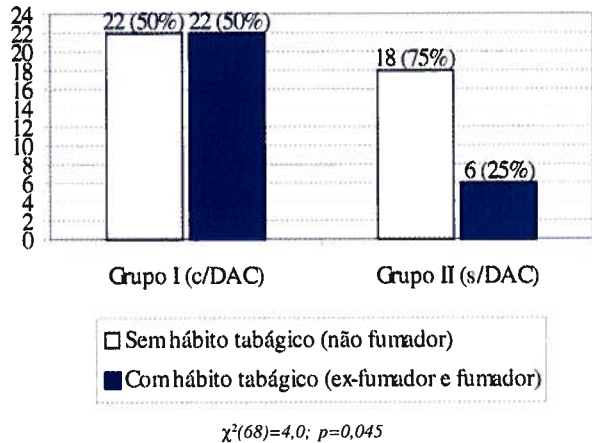


Fig. 2 - Distribuição dos hábitos tabágicos por grupo de doença cardíaca.

Nota: c/DAC = Com doença das artérias coronárias; s/DAC = Sem doença das artérias coronárias.

No Grupo I (angina e EM) ainda houve interesse em investigar se o facto de ser ex-fumador se associava de forma particular aos doentes com EM. Uma vez que a análise de correspondências tinha já apontado para uma associação entre o EM e os ex-fumadores, partiu-se de uma hipótese unicaudal. Com este propósito juntaram-se os fumadores e não fumadores numa nova categoria. Verificou-se que enquanto apenas 4 (22%) doentes com angina eram ex-fumadores, 14 (54%) doentes com história prévia de EM apresentavam essa característica. A associação entre o ex-fumador e o EM foi significativa (Fisher exact test=0,036 - Figura 3).

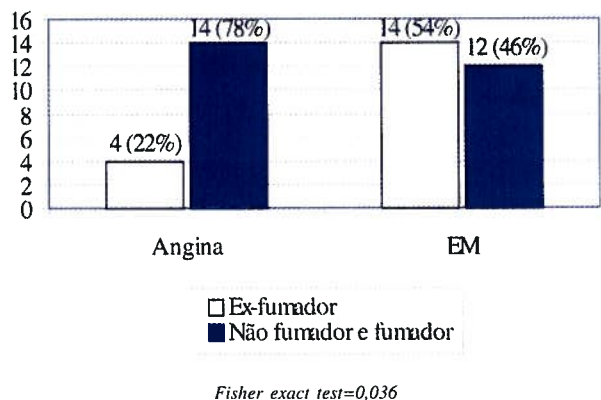


Fig. 3 - Distribuição de hábitos tabágicos no grupo de doentes das artérias coronárias.

Nota: EM = Enfarte do miocárdio.

DISCUSSÃO

A frequência dos hábitos tabágicos é mais elevada nos casos de cardiopatia isquémica do que na população em geral e a manutenção do hábito de fumar após o EM duplica a probabilidade de novo enfarte e de morte. Com efeito, o seguimento de dez anos dos doentes incluídos no *Coronary Artery Surgery Study* (CASS)¹⁴, com doença coronária documentada, metade dos quais submetidos a cirurgia de revascularização coronária, demonstrou que os fumadores que deixaram de o ser tiveram maior sobrevivência, menor número de hospitalizações, menos episódios de angina e menor limitação da actividade física. Numa outra investigação¹⁵, demonstrou-se que a probabilidade de re-estenose após angioplastia coronária é maior nos fumadores. Isto quer dizer que, em relação aos doentes com cardiopatia isquémica, com o diagnóstico e tratamento mais precoces, inclusive nos casos que foram submetidos a processos de revascularização, o seu prognóstico pode depender, em parte, da cessação dos hábitos tabágicos. No entanto, alguns trabalhos¹⁶ têm demonstrado que a cessação do tabagismo é um objectivo difícil de atingir, mesmo nos doentes que já tiveram enfarte do miocárdio.

Considerando, a importância dos dados da literatura e o presente estudo, caracterizado por uma casuística predominantemente do sexo masculino e pela reduzida percentagem de fumadores e elevada proporção de ex-fumadores, parece-nos pertinente levantar algumas questões. Assim, nesta discussão pretendemos focar três aspectos principais: a validade interna dos dados recolhidos (serão verdadeiros os dados recolhidos?), a sua justificação (se forem verdadeiros, como se podem justificar?) e a validade externa dos resultados obtidos (qual a possibilidade de generalização das conclusões?).

Apesar de não ter sido utilizado nenhum critério para validação das informações recolhidas, designadamente a monitorização da concentração do monóxido de carbono no ar expirado, julgamos não se tratar duma população em que o fenómeno da aceitabilidade social seja especialmente importante, como seria o caso de outras adições (álcool e/ou drogas). Aceitamos, pois, estes dados como traduzindo a realidade dos hábitos tabágicos presentes nas pessoas que compõem esta amostra.

Ao quantificar os hábitos tabágicos (ex-fumadores e fumadores), ou seja, 41% da totalidade dos observados e 50% do grupo com doença coronária (Grupo I), confirma-se que o tabagismo foi mais elevado nos doentes com DAC do que na população. Com efeito, segundo o Inquérito Nacional de Saúde¹⁷, a frequência de fumadores na população com mais de dez anos era de 18,1%, correspondendo a 30,2% dos homens e 7,1% das mulheres.

Por outro lado, neste estudo, a proporção de ex-fumadores foi mais elevada no grupo com enfarte do miocárdio do que nos casos de angina de peito e muito superior, em qualquer dos grupos (Grupo I e II), à percentagem da população geral que deixou de fumar nos últimos dois anos, quer nos grupos etários dos 45-64 anos, quer dos 65-74 anos, que foi respectivamente 1,2% e 1,1%¹⁷.

Isto pode significar que a angina de peito, algumas vezes, e o enfarte do miocárdio, com maior frequência, equivalem a estímulos que desempenham um papel determinante na cessação do tabagismo. Sendo assim, há que aproveitar esse conhecimento na prática clínica. Na verdade, como é referido na literatura¹¹, parece existir uma particular predisposição dos doentes com DAC em operarem mudanças nos seus comportamentos de risco, na sequência de ameaças graves à saúde física, quando comparados com os doentes de evolução prolongada e insidiosa. Também neste estudo, os eventos coronários graves e que requerem hospitalização, como é o caso do enfarte do miocárdio, se associaram significativamente à cessação de hábitos tabágicos, o que parece confirmar os resultados da investigação de Freund *et al*¹¹.

Apesar de neste trabalho não ter sido especificado o momento em que ocorreu a cessação do hábito tabágico (antes ou depois do enfarte), a realidade é que, independentemente desse *timing*, observou-se uma associação entre a ocorrência da doença e a modificação do hábito tabágico. Considerando o maior número de ex-fumadores na amostra de doentes com enfarte (n=14), comparativamente às restantes amostras (1 e 3) e a maior frequência total de fumadores na amostra de doentes com angina (n=4), admite-se que o hábito tabágico tenha cessado depois do primeiro contacto com o Cardiologista ou mesmo à data do episódio agudo de doença (enfarte agudo do miocárdio - EAM). Deste modo, a distinção entre evento agudo (EAM) vs. doença crónica deverá constituir um elemento mediador importante na cessação de hábitos tabágicos.

De realçar que, embora a angina seja frequente nos antecedentes de EM, 52% segundo o estudo de Laureano Santos¹⁸, estamos longe dos 100%. Em muitas ocasiões, o EAM é não só a primeira manifestação de doença, como a mais assustadora e ameaçadora. É também de admitir a existência de diferenças individuais entre aqueles que cessam antes e os que cessam depois do enfarte. Não sendo esse o objectivo central deste estudo seria, certamente, interessante o desenvolvimento de investigações que permitissem compreender melhor alguns dos determinantes psicológicos subjacentes a essas diferenças.

Assim, com base na população estudada, admite-se

que os períodos críticos podem constituir momentos favoráveis à intervenção dos técnicos de saúde, uma vez que a percepção de vulnerabilidade, de ameaça à integridade física, o receio de voltar a adoecer, o risco de vida e a experiência marcante da doença podem tornar a pessoa especialmente motivada e empenhada em adoptar estilos de vida saudáveis. De forma complementar, a percepção das vantagens de deixar de fumar, o aconselhamento, a informação e o reforço da motivação, por parte do técnico de saúde são, nesta altura, determinantes na confirmação e consolidação da decisão do doente que, facilmente, poderá compreender e aceitar os benefícios de cessar os seus comportamentos de risco, promovendo a sua saúde e prevenindo a doença.

Meichenbaum¹⁹ afirma que a percepção da gravidade do problema e o valor que assume a sua resolução, constituem aspectos determinantes no empenho pelo processo terapêutico e de mudança. Assim, de uma forma simples, rápida, eficaz e pouco dispendiosa²⁰, o clínico deverá, não só informar sobre os malefícios do tabaco e das vantagens de cessar o hábito, como também reforçar as crenças de auto-eficácia do doente, tão importantes na prossecução e manutenção de comportamentos ao nível da saúde, designadamente aqueles que se relacionam com o tabagismo²¹.

Interessará, pois, generalizar este tipo de investigações e consequentes intervenções, para domínios mais alargados, nomeadamente nos níveis mais diferenciados da prestação de cuidados de saúde (*ex.* unidades de tratamento intensivo – UTI, hospitais oncológicos, serviços de cirurgia), uma vez que a sensação de vulnerabilidade, de ameaça à integridade física e a experiência de doença constituem determinantes psicológicos essenciais na modelação dos comportamentos relacionados com a saúde. Estas crenças nucleares podem, de facto, ser desencadeadas em outros domínios da saúde e não apenas nos doentes coronários e, de forma mais restrita, nas amostras que foram estudadas. No mesmo sentido, é igualmente desejável alargar o processo de aconselhamento a outros tipos de comportamentos de risco, nomeadamente aqueles que se referem aos hábitos alimentares, ao exercício físico e às estratégias de gestão do *stress*.

Apesar das limitações da amostra estudada e do carácter exploratório deste trabalho, acreditamos que o HBM¹² é particularmente adequado enquanto modelo de explicação da relação entre as crenças e os comportamentos de saúde. Segundo a perspectiva preconizada pelo modelo, algumas crenças, designadamente a percepção da vulnerabilidade, da gravidade, do benefício e das barreiras, são determinantes na adopção de comportamentos e estilos de

vida saudáveis. De facto, o motivo pelo qual as pessoas com EM cessaram os seus hábitos tabágicos poderá ser explicado pelo conjunto de crenças identificadas no modelo.

A eclosão de uma doença física aguda e grave deve pois contribuir, não só para melhorar a percepção das vantagens de deixar de fumar¹¹, mas também para modificar crenças optimistas erradas e a ausência da percepção de risco, típicas dos fumadores regulares²² (*optimistic bias*). Embora estas pessoas conheçam os malefícios associados ao consumo de tabaco, consideram não estar em risco de adoecer. Esta parece também ser uma característica frequente entre os fumadores que falham as suas tentativas de cessar o hábito, como forma de reduzir a dissonância cognitiva desencadeada pela situação²³.

Assim, o facto da pessoa sofrer directa e intensamente o seu processo de doença deverá ser determinante na adequação entre a crença errada de que *as coisas só acontecem aos outros* e a convicção na sua própria vulnerabilidade. A ideia genérica de que *fumar faz mal à saúde* adquire um significado real, a partir de uma vivência pessoal e profunda.

Embora esteja já muito bem estabelecido o papel do tabagismo enquanto factor tradicional de risco para a doença orgânica (coronária, oncológica, pneumológica e outras), não podemos deixar de referir que, também neste estudo, o tabagismo surgiu associado à DAC, especialmente aos eventos mais graves (EM), quando comparado com a angina de peito. Salienta-se que o facto da amostra de doentes com EM (amostra 2) ser aquela que apresenta maior número de ex-fumadores (*freq.*=14; *VR*=1,8) e a amostra de doentes com angina (amostra 1), a que tem maior número de fumadores (*freq.*=4; *VR*=2,3), constitui sinal de especial preocupação, uma vez que o hábito tabágico é um factor de risco significativo na DAC³.

Seria, pois, de extrema importância a identificação de doentes com angina que simultaneamente sejam fumadores, a fim de promover a cessação de hábitos tabágicos, antes do aparecimento de eventos clínicos mais graves. Técnicas terapêuticas ao nível da modelação comportamental poderiam revelar-se do maior interesse nesta população. Por este motivo, a integração dos técnicos de saúde mental, em consultas de cardiologia e outras, poderá revelar-se da maior utilidade para o doente. Esta colaboração deveria centrar-se na modificação de comportamentos de risco (*ex.* tabagismo, alimentação, exercício físico), mas também no apoio à adopção de padrões e estilos emocionais mais adequados às solicitações e pressões *stressantes* do quotidiano.

Embora o objectivo desta investigação tenha sido

definido com base num estudo caso-controlo, junto de populações em risco de terem um evento coronário ou que já o tiveram, não pretendemos minimizar a prioridade absoluta de todas as estratégias de prevenção primária e promoção da saúde, envolvendo jovens nas escolas, adultos em locais de trabalho e idosos nos Centros de Dia, Paróquias ou nos seus lares, através de programas de educação para a saúde. Como diz o provérbio e a sabedoria popular, que de todo corroboramos, *vale mais prevenir do que remediar*.

Importa ainda deixar claro que os resultados obtidos apenas são representativos para as amostras estudadas, as quais não só são limitadas quanto ao número de pessoas observadas, mas apresentam também uma maioria de homens, com idade superior aos 50 anos e tendo como denominador comum uma carreira militar. Desta forma, o valor da discussão deve ser mitigado e sujeito à validação com estudos mais robustos em termos de amostragem. Não podemos, porém, deixar de considerar interessantes os dados obtidos, os quais julgamos confirmar, por um lado, o modelo das crenças de saúde (HBM) e, por outro lado, talvez mais importante, uma evidência empírica que resulta do contacto clínico com estes doentes.

CONCLUSÕES

Os resultados permitem retirar três conclusões principais:

- Os doentes que apresentam história de enfarte do miocárdio cessaram o hábito tabágico com maior frequência do que os doentes com angina ou sem evidência clínica de doença das artérias coronárias.
- Confirmou-se existir uma associação entre o tabagismo e a doença das artérias coronárias, como está sobejamente demonstrado na literatura.
- Os episódios que envolvem ameaças graves à saúde podem constituir momentos-chave para a intervenção e auxílio ao doente, no sentido de promover a modificação dos seus comportamentos de risco.

BIBLIOGRAFIA

1. FARMER J, GOTTO A: Dyslipidemia and other risk factors for coronary artery disease. In: Braunwald E. (Ed.). Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. Saunders Company, Philadelphia 1997; 1126-60
2. ZARCO P: La salud del corazón. Cuidados, sintomas y medidas preventivas. Temas de Hoy, Madrid 1996; 33
3. MARON D, RIDKER, PEARSON T: Risk factors and the prevention of coronary heart disease. In: Alexander R., Schlant R. & Fuster V. (Eds.). Hurst's: the heart (Vol. I). McGraw-Hill, New York 1998 1175-95
4. KANNEL W, HIGGINS M: Smoking and hypertension as predictors of cardiovascular risk in population studies. J Hypertens 1990; 8(supplement 5): S3-S8
5. STEENLAND K: Passive smoking and the risk of heart disease. JAMA 1992; 267: 94-9
6. GORDON T, KANNEL W, MCGEE D, DAWBER T: Death and coronary attacks in men giving up cigarette smoking. A report from the Framingham Study. Lancet 1974; 2: 1345-48
7. TSEVAT J, WEINSTEIN M, WILLIAMS L, TOSTESON A, GOLDMAN L: Expected gains in life expectancy from various coronary heart disease risk modifications. Circulation 1991; 83: 1194-1201
8. BEN-SHOLOMO Y, SMITH G, SHIPLEY M, MARMOT M: What determines mortality risk in male former cigarette smokers? Am J Public Health 1994; 84: 1235-42
9. SHIFFMAN S: Smoking cessation treatment: any progress? J Consult Clinical Psychol 1993; 61: 718-22
10. SCHACHTER S: Recidivism and self-cure of smoking and obesity. Am Psychol 1982; 37: 436-44
11. FREUND K, D'AGOSTINO R, BELANGER A, KANNEL W, STOKES III J: Predictors of smoking cessation: the Framingham Study. Am J Epidemiol 1992; 135: 957-64
12. CUMMINGS K, BECKER M, MAILE M: Bringing the models together: an empirical approach to combining variables used to explain health outcomes. J Behav Med 1980; 3: 123-45
13. TRIGO M: Factores de risco na doença das artérias coronárias: o papel das emoções negativas. Tese de Mestrado em Saúde Mental apresentada à Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa 1999
14. CAVENDER J, ROGERS W, FISHER L *et al*: Effects of smoking on survival and morbidity in patients randomized to medical or surgical therapy in the coronary artery surgery study (CASS): 10 year follow-up. J Am Coll Cardiol 1992; 20: 287-94
15. GALAN K, BELIGONUL U, KERN M *et al*: Increased frequency of reestenosis in patients continuing to smoke cigarettes after percutaneous transluminal coronary angioplasty. Am J Cardiol 1988; 61: 260-3
16. European Study Group: A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal results. Eur Haert J 1997; 18: 1569-82
17. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde: Inquérito Nacional de Saúde – Dados Gerais Continente 1995/1996. Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde, Lisboa 1997
18. SANTOS A: Um sistema de informação automatizado para Unidades Coronárias. Sua aplicação na avaliação do prognóstico hospitalar do enfarte do miocárdio. Dissertação apresentada na Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa 1991; 247
19. MEICHENBAUM D: Cognitive-behavior modification: an integrative approach. Plenum, New York 1977
20. PITTS M: Lifestyle research. In: The psychology of preventive health. Routledge, London 1996; 61-2
21. BANDURA A: The nature and structure of self-efficacy. In: Self-efficacy: the exercise of control. Freeman and Company, New York 1997; 46-7
22. CHAPMAN S, WONG W, SMITH W: Self-exempting beliefs about smoking and health: differences between smokers and ex-smokers. Am J Public Health 1993; 83: 215-19
23. GIBBONS F, MCGOVERN P, LANDO H: Relapse and risk perception among members of a smoking cessation clinic. Health Psychol 1991; 10: 42-5