

Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo*

Clinical characteristics and quality of life of smokers at a referral center for smoking cessation

Márcia Regina Pizzo de Castro, Tiemi Matsuo, Sandra Odebrecht Vargas Nunes

Resumo

Objetivo: Comparar, entre fumantes e nunca fumantes, os seguintes aspectos: qualidade de vida, IMC, hospitalizações, incapacidades, história familiar de transtorno mental, doenças relacionadas ao uso de tabaco, depressão e uso de substâncias psicoativas. **Métodos:** Um total de 167 fumantes inscritos em um programa de cessação do tabagismo no Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo da Universidade Estadual de Londrina e 272 nunca fumantes doadores de sangue foram incluídos no estudo. Foram utilizados um questionário estruturado para a coleta de dados sociodemográficos, *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*, *World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version* (WHOQoL-BREF) e *Fagerström Test for Nicotine Dependence*, todos validados para uso no Brasil, assim como critérios diagnósticos para a pesquisa de transtornos depressivos. **Resultados:** A média de idade para fumantes e nunca fumantes foi, respectivamente, de 45 e 44 anos. As mulheres predominaram nos dois grupos. Fumantes mais frequentemente apresentaram incapacidades laborais e domésticas, presença de fumantes em casa, hospitalizações, transtorno depressivo, uso de sedativos, história de transtorno mental na família e piores escores em todos os domínios do WHOQoL-BREF. A média de idade do início do tabagismo em fumantes com depressão ou em uso de substâncias psicoativas foi mais baixa do que os sem essas comorbidades. Fumantes apresentaram mais frequentemente diabetes, hipertensão arterial, doenças cardíacas, doenças respiratórias e úlcera péptica do que os que nunca fumaram. O IMC médio foi menor entre fumantes do que nos que nunca fumaram. **Conclusões:** Este estudo sugere que, no tratamento do tabagismo, deveriam ser identificados subgrupos de fumantes com características específicas: início precoce do tabagismo, doenças que sofrem agravos pelo tabaco, depressão e uso de substâncias psicoativas.

Descritores: Tabagismo; Transtorno depressivo; Abandono do uso de tabaco; Transtorno por uso de tabaco

Abstract

Objective: To compare smokers and never smokers in terms of the following: quality of life; BMI; hospitalizations; functionality; family history of mental disorder; tobacco-related diseases; depression; and psychoactive substance use. **Methods:** We evaluated 167 smokers enrolled in a smoking cessation program at the Londrina State University Referral Center for Understanding and Treating Smoking, together with 272 never-smoking blood donors. We employed the following instruments, all validated for use in Brazil: a structured questionnaire for the collection of sociodemographic data; the *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*; the *World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version* (WHOQoL-BREF); and the *Fagerström Test for Nicotine Dependence*. We also applied diagnostic criteria for the investigation of depressive disorders. **Results:** The mean age of the smokers and never smokers was, respectively, 45 and 44 years. Females predominated in both groups. Smokers more often presented with impaired work/domestic functionality, hospitalizations, depressive disorders, smoking in the household, sedative use and a family history of mental disorders, as well as scoring lower in all domains of the WHOQoL-BREF. The mean age at smoking onset was lower for smokers with depression or using psychoactive substances than for smokers without such comorbidities. Diabetes, arterial hypertension, heart disease, respiratory disease and peptic ulcer were more common in smokers than in never smokers. The mean BMI was lower in the smokers than in the never smokers. **Conclusions:** This study suggests that, for smoking cessation programs, subgroups of smokers with specific characteristics (early age at smoking onset, tobacco-related diseases, depressive disorders and use of psychoactive substances) should be identified.

Keywords: Smoking; Depressive disorder; Smoking cessation; Tobacco use disorder.

* Trabalho realizado na Universidade Estadual de Londrina, Londrina (PR) Brasil.

Endereço para correspondência: Márcia Regina Pizzo de Castro, Universidade Estadual de Londrina, Rua Ernani Lacerda de Athayde, 45, apto. 301, CEP 86061-610, Londrina, PR, Brasil.

Tel 55 43 3336-8058. Fax 55 43 3323-8210. E-mail: mpizzo@sercomtel.com.br

Apoio financeiro: Este estudo recebeu apoio financeiro da Fundação Araucária do Estado do Paraná.

Recebido para publicação em 8/3/2009. Aprovado, após revisão, em 15/10/2009.

Introdução

A dependência do tabaco associa-se a uma maior predisposição para doenças e incapacidades com alta morbidade e mortalidade, resultando em piora da saúde e da qualidade de vida (QV) da população em geral.⁽¹⁻³⁾

Tem sido observado um aumento no número de estudos mensurando a QV em tabagistas, e um ponto em comum encontrado nessas pesquisas é a melhor QV dos não tabagistas quando comparados aos tabagistas.^(2,3)

Segundo as diretrizes para a cessação do tabagismo, o fumante, ao ser submetido à avaliação clínica na admissão ao programa de cessação do tabagismo, seja ele saudável, com doenças relacionadas ao tabagismo ou com outras comorbidades, deve objetivar a reconquista da saúde e da QV.⁽⁴⁾

Lemos⁽⁵⁾ relata que 50% dos pacientes psiquiátricos fumam, e somente 15% desses conseguem parar de fumar; entretanto, dos 25% fumantes da população geral, aproximadamente 50% conseguem a cessação. Os portadores de transtornos mentais parecem ser mais suscetíveis à dependência de nicotina, pois essa tem uma influência positiva sobre o humor e a cognição.

O tratamento para cessar de fumar deverá considerar o contexto clínico, a gravidade da dependência de nicotina, a idade de início do consumo do tabaco, as comorbidades, a história familiar e a motivação para cessar, assim como os condicionamentos, as situações e os sentimentos relacionados com o tabagismo.⁽⁶⁾

O objetivo do presente estudo foi comparar características sociodemográficas, clínicas e de QV entre fumantes e pessoas que nunca fumaram.

Métodos

O estudo foi transversal, realizado no período entre janeiro de 2006 e março de 2008. O estudo incluiu 167 fumantes que buscaram tratamento (intenção de tratar por um ano) no Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo (CRATT), localizado no Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e 272 nunca fumantes que procuraram voluntariamente o Hemocentro do Hospital Universitário de Londrina para a doação de sangue.

O critério de inclusão para os dois grupos foi o seguinte: indivíduos com idade entre 18 e 65 anos que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para sua participação no estudo. Os critérios de exclusão para ambos os grupos foram os seguintes: presença de delírios, demência, amnésia ou outros transtornos cognitivos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL.

O formulário de coleta de dados foi um questionário estruturado.

A QV foi avaliada por meio da utilização do *World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version* (WHOQoL-BREF), adaptado e validado para a língua portuguesa.⁽⁷⁾

Utilizou-se o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), que é um questionário para o rastreamento de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, abrangendo tabaco, álcool, canabinoides, cocaína, estimulantes do tipo anfetamina, sedativos, alucinógenos, inalantes e opioides, entre outros.^(8,9)

O diagnóstico da depressão foi realizado de acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão.⁽¹⁰⁾

O *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND), usado na detecção de dependência de nicotina entre fumantes, foi traduzido e adaptado para o uso em português.⁽¹¹⁾ O FTND possui uma escala de seis itens e pontuação de 0 a 10. Os escores para dependência de nicotina permitem a sua classificação em cinco níveis: muito baixo (0-2 pontos); baixo (3-4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6-7 pontos); e muito alto (8-10 pontos).⁽¹²⁾ Uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente terá um desconforto significativo (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.⁽⁴⁾ O ponto de corte de FTND para a dependência de nicotina foi ≥ 5 .⁽¹³⁾

O IMC foi calculado dividindo-se o peso (kg) pela altura² (m²).

Para a análise dos dados, utilizamos a média \pm dp para as variáveis com distribuição normal e a mediana para as variáveis com distribuição não normal, assim como a frequência bruta e a porcentagem. As associações entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e da história tabagística foram analisadas utilizando-se o teste

Tabela 1 – Características sociodemográficas, ocorrência de incapacidades e incidência de transtornos mentais na família de fumantes e de nunca fumantes da amostra.

Características	Fumantes	Nunca fumantes	Estatística do teste (p)
	(n = 167)	(n = 272)	
Idade, anos ^a	45,7 ± 9,8	44,3 ± 9,7	1,97* (0,164)
Gênero masculino, n (%)	65 (38,9)	112 (41,2)	0,22** (0,640)
Escolaridade, anos ^a	11,2 ± 4,5	11,1 ± 5,2	0,21* (0,834)
Incapacidade laboral, n (%)	21 (12,6)	10 (3,7)	12,48** (< 0,001)
Incapacidade doméstica, n (%)	27 (16,2)	12 (4,4)	17,67** (< 0,001)
Transtorno mental na família, n (%)	80 (47,9)	67 (24,6)	25,16** (< 0,001)
Fumantes em casa, n (%)	78 (46,7)	44 (16,4)	47,10** (< 0,001)

^aResultados expressos em média ± dp. *Teste t de Student. **Teste do qui-quadrado.

do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, conforme a necessidade, e o teste t de Student. Os escores da QV foram analisados pelo teste U de Mann-Whitney e pelo teste t de Student. O teste t de Student foi aplicado quando as variáveis apresentaram distribuição normal e homogeneidade de variâncias; caso contrário, aplicou-se o teste de Mann-Whitney. Em todas as análises realizadas, adotou-se o nível de significância de 5% (p < 0,05). O poder dos testes foi de no mínimo 90% para os testes estatísticos efetuados para avaliar a QV, as incapacidades e a depressão.

Resultados

Os fumantes tiveram a idade média de 45 anos, e os que nunca fumaram tiveram a idade média de 44 anos (Tabela 1). O tratamento para a cessação do tabagismo teve maior procura por mulheres (61,1%) que por homens (38,9%). Fumantes e nunca fumantes não diferiram em termos de idade, gênero, situação conjugal, escolaridade ou etnia. No entanto, houve diferenças significativas na incapacidade laboral, na incapacidade para atividades domésticas, na história de transtorno mental na família

e na presença de fumantes em casa entre os dois grupos.

A Tabela 2 demonstra os valores obtidos nos quatro domínios do instrumento de QV (WHOQoL-BREF). Os fumantes tiveram escores médios significativamente menores que os nunca fumantes nos quatro domínios: físico, psicológico, social e do meio ambiente.

Também foi investigada a depressão e o uso de substâncias psicoativas entre fumantes e nunca fumantes (Tabela 3). No grupo de fumantes, 36 (21,6%) apresentaram depressão moderada, 25 (15,0%) apresentaram depressão leve, e 21 (12,6%) apresentaram depressão grave. A ocorrência de depressão e o uso de sedativos foi significativamente maior nos fumantes que nos nunca fumantes. Não houve diferenças significativas entre fumantes e nunca fumantes quanto ao consumo de álcool, maconha, cocaína e inalantes. Não houve casos de uso de estimulantes do tipo anfetamina, alucinógenos ou opioides nos dois grupos.

A Tabela 4 apresenta os dados referentes ao hábito tabágico entre fumantes não deprimidos que não utilizavam substâncias psicoativas (além de tabaco) e fumantes deprimidos e/ou

Tabela 2 – Domínios da qualidade de vida de fumantes e nunca fumantes da amostra.^a

Domínios	Fumantes ^b	Nunca fumantes ^b	Estatística do teste (p)
	(n = 167)	(n = 272)	
Físico	45,7 ± 9,8	44,3 ± 9,7	1,97* (0,164)
Psicológico	14,21 ± 3,11	16,34 ± 1,78	57,52** (< 0,001)
Relações sociais	14,75 ± 3,32	16,05 ± 2,16	15,77** (< 0,001)
Meio ambiente	13,80 ± 2,20	14,44 ± 1,87	8,53** (0,004)
Total	12,96 ± 3,25	16,60 ± 2,21	13,97 (< 0,001)

^aDomínios de *World Health Organization Quality of Life Instrument, brief version*. ^bResultados expressos em média ± dp. *Teste t de Student. **Teste U de Mann-Whitney.

Tabela 3 – Depressão e uso de substâncias psicoativas de fumantes e nunca fumantes da amostra.

Contexto clínico	Fumantes (n = 167)		Nunca fumantes (n = 272)		Análise estatística
	n	%	n	%	
Depressão					
Leve	25	15,0	9	3,3	73,39* p < 0,0001
Moderada	36	21,6	14	5,1	
Grave	21	12,6	10	3,7	
Ausente	85	50,9	239	87,9	
Uso de substâncias					
Álcool	5	3,0	1	0,4	p = 0,2147**
Canabinoides	2	1,2	-	-	p = 0,1503**
Cocaína	1	0,6	-	-	p = 0,3884**
Inalantes	1	0,6	-	-	p = 0,3884**
Sedativos	5	3,0	-	-	p = 0,0085**

*Teste do qui-quadrado (grau de liberdade = 1). **Teste exato de Fisher.

em uso de substâncias psicoativas. Verificou-se que a média de idade do início do consumo de cigarros foi menor para os fumantes deprimidos e/ou em uso de substâncias psicoativas além de tabaco. Não houve diferenças significativas em relação ao número de cigarros/dia, gravidade da dependência de nicotina pelo FTND e abandono do uso do tabaco entre esses dois grupos de fumantes.

A Tabela 5 mostra a presença de doenças que sofrem agravos pelo uso de tabaco, ocorrência de hospitalização no último mês e IMC. O número de casos de hospitalização no último mês, diabetes, hipertensão arterial, doenças cardíacas, doenças respiratórias e úlcera péptica foi maior entre os fumantes do que entre os que nunca fumaram. Os fumantes tiveram menor IMC comparado aos que nunca fumaram.

Tabela 4 – Hábito tabágico entre fumantes sem depressão nem em uso de substâncias psicoativas e fumantes com depressão e/ou em uso de substâncias psicoativas da amostra.

Hábito de fumar	Fumantes sem depressão nem em uso de substâncias psicoativas (n = 84)		Fumantes com depressão e/ ou em uso de substâncias psicoativas (n = 83)		Análise estatística
	n	%	n	%	
Idade de início do tabagismo, anos ^a	16,35 ± 4,52		14,76 ± 4,09		2,379* p = 0,0185
Cigarros/dia					
> 20	49	58,3	53	63,9	0,5355**
≤ 20	35	41,7	30	36,1	p = 0,4643
Escala de Fagerström, score					
≤ 5	39	46,4	33	39,8	0,7572**
≥ 5	45	53,6	50	60,2	p = 0,3842
Média ± dp	5,86 ± 2,18		6,04 ± 2,29		0,5172* p = 0,6057
Tentativa de parar, n					
1-3	42	50,0	41	49,4	p = 0,4918***
> 3	20	23,8	25	30,1	
Tentou mas não conseguiu parar	22	26,2	16	19,3	
Nunca tentou	-	-	1	1,2	

^aResultados expressos em média ± dp. *Teste t de Student. **Teste do qui-quadrado (grau de liberdade = 1). ***Teste exato de Fisher.

Tabela 5 – Características clínicas, ocorrência de hospitalização no último mês e IMC de fumantes e nunca fumantes da amostra.

Contexto clínico	Fumantes	Nunca fumantes	Estatística do teste (p)
	(n = 167)	(n = 272)	
Hospitalização no último mês, n (%)	28 (16,8)	13 (4,8)	17,56* (< 0,001)
Diabetes, n (%)	17 (10,2)	4 (1,5)	17,23* (< 0,001)
Hipertensão, n (%)	38 (22,8)	35 (12,9)	7,30* (0,007)
Doenças cardíacas, n (%)	29 (17,4)	9 (3,3)	25,86* (< 0,001)
Câncer, n (%)	4 (2,4)	4 (1,5)	(0,486)**
Doenças respiratórias, n (%)	52 (31,1)	19 (7,0)	44,52* (< 0,001)
Úlcera péptica, n (%)	95 (56,9)	77 (28,3)	35,46* (< 0,001)
IMC, ^a kg/m ²	24,7 (16,9-43,6)	26,5 (17,2-47,5)	16,79*** (< 0,001)

^aResultados expressos em mediana (variação). *Teste do qui-quadrado (grau de liberdade = 1). **Teste exato de Fisher. ***Teste U de Mann-Whitney.

Discussão

No presente estudo, observou-se uma maior prevalência do gênero feminino e idade média para o início do tratamento de 45 anos para os fumantes que buscaram tratamento para a cessação do tabagismo no CRATT, de forma semelhante ao verificado em outro estudo.⁽¹⁴⁾ O predomínio de mulheres em abordagem de cessação do tabagismo tem sido descrito, pois essas recebem aconselhamento médico mais frequentemente e acreditam mais no fato de que o tabagismo cause câncer.⁽⁴⁾

Este estudo confirmou que os fumantes tiveram uma pior QV e apresentaram incapacidades mais frequentemente que os nunca fumantes. Esses resultados foram consistentes com os de outro estudo, no qual os dependentes de nicotina apresentaram pior QV e maior incidência de incapacidades do que indivíduos sem dependência de nicotina.⁽¹⁾

Os fumantes apresentaram incapacidade laboral e doméstica mais frequentemente do que os nunca fumantes. Esses dados foram semelhantes aos de estudos anteriores, nos quais o consumo de cigarros foi associado à morte prematura por doença crônica, a perdas econômicas para a sociedade e a uma substancial sobrecarga aos sistemas de saúde.⁽¹⁵⁾

Neste estudo, os fumantes apresentaram médias piores nos escores de QV, comparados às daqueles que nunca fumaram, nos quatro domínios do WHOQOL-BREF: social, psicológico, físico e meio ambiente. Esses resultados são compatíveis com os de um autor,⁽³⁾ que avaliou a associação entre QV e a gravidade da dependência do tabaco, verificando uma associação

entre a gravidade da dependência do tabaco e piores escores em todos os domínios da QV com o uso do mesmo instrumento.

Verificou-se uma relação positiva entre transtornos mentais na família em fumantes quando comparados aos que nunca fumaram. Estudos na família sobre o consumo de substâncias psicoativas e o hábito de fumar evidenciam que fatores genéticos influenciam ambos os transtornos.⁽¹⁶⁾ Mulheres com uma história materna e familiar de abuso de substâncias psicoativas podem ter uma influência de fatores genéticos e ambientais para a dependência dessas drogas, sendo necessária a identificação clara e consistente dos padrões familiares de abuso de substâncias e de doenças mentais entre elas.⁽¹⁷⁾

Observou-se que houve uma diferença significativa entre fumantes e nunca fumantes em relação à presença de fumantes no domicílio. Contribuições genéticas e ambientais são determinantes significativos, tanto para iniciação, como para a manutenção do hábito, sendo que fatores genéticos podem ser responsáveis por até 56% do risco de início e por 67% da manutenção da dependência.⁽¹⁸⁾

No presente estudo, a idade média de início do tabagismo em fumantes com depressão e/ou em uso de substâncias psicoativas foi de 14 anos, menor que a média dos fumantes que não utilizavam substâncias psicoativas e nem estavam deprimidos, que foi de 16 anos. A idade média de iniciação do tabagismo verificada em outros estudos foi de 15 anos, semelhante à do presente estudo.^(13,14) Vários estudos têm relatado um início precoce do tabagismo como um preditor de depressão. Segundo um grupo de autores,⁽¹⁹⁾ o início precoce do consumo

regular do tabaco é um preditor do consumo de drogas e de distúrbios depressivos na vida, assim como o consumo do álcool. Outros autores⁽²⁰⁾ mostraram que o início precoce de depressão pode aumentar a vulnerabilidade ao consumo do tabaco em adolescentes, e que os transtornos depressivos na idade de 14 anos foram associados positivamente com o uso de substâncias que causam dependência, em ambos os sexos.

Verificou-se uma frequência maior de depressão entre fumantes do que entre pessoas que nunca fumaram; tais resultados foram consistentes com os de um grupo de autores,⁽²¹⁾ que demonstraram que indivíduos fumantes que têm dificuldade em parar apresentaram maior prevalência e gravidade de vários sintomas disfóricos e de sintomas do tipo vegetativo/melancólico quando comparados a pacientes sem história de dependência de nicotina. Outros autores⁽¹⁾ constataram que os fumantes têm uma maior probabilidade de apresentar sintomas de depressão e de ansiedade do que aqueles que nunca fumaram. Segundo o modelo da automedicação, em relação ao ato de fumar, as propriedades da nicotina alteram o humor e são especialmente reforçadas em indivíduos deprimidos, que são propensos a experiências de afetos negativos. Fumar pode melhorar a cognição, o humor e a ansiedade.⁽²²⁾ Episódios recorrentes de depressão mais grave e o nível de depressão imediatamente antes da cessação parecem ser preditivos de recaídas. Deve-se considerar, então, que os fumantes com depressão devam ser avaliados quanto à intensidade dos sintomas depressivos antes e durante a intervenção, para identificar aqueles que apresentam maior risco de recaídas.⁽⁴⁾

Através do questionário ASSIST, somente houve uma diferença significativa quanto ao uso de sedativos entre os dois grupos. Não houve diferenças significativas entre fumantes e nunca fumantes em relação ao uso de álcool e de drogas ilícitas. Esses resultados são inconsistentes com os de outro estudo, no qual foi sugerido que o uso de bebidas alcoólicas está fortemente associado com o tabagismo. Fumantes diários com transtornos relacionados ao consumo de álcool apresentaram piores sintomas relacionados ao alcoolismo do que os nunca fumantes com esses transtornos.⁽²³⁾

Verificou-se, no presente estudo, que não houve diferenças significativas entre os fumantes

que utilizavam substâncias psicoativas além de tabaco e/ou que apresentavam um quadro de depressão e aqueles que não utilizavam tais substâncias nem estavam deprimidos em relação ao número de cigarros consumidos por dia. Dois pesquisadores,⁽²⁴⁾ ao contrário, mostraram que, entre fumantes, aqueles com menos sintomas depressivos fumavam menos de um maço de cigarros por semana, e aqueles com muitos sintomas depressivos fumavam mais de dois maços de cigarros por semana.

Os resultados da pesquisa sobre os níveis de dependência nicotínica demonstraram que os fumantes que não utilizavam substâncias psicoativas e nem apresentavam quadros de depressão tiveram um escore de 5,86 no FTND, ao passo que os fumantes que utilizavam substâncias psicoativas e/ou apresentavam quadros de depressão tiveram um escore de 6,04 no mesmo teste, o que é considerado como um alto nível de dependência de nicotina (pontuação ≥ 6). Um escore acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente terá um desconforto significativo (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.⁽⁴⁾ O FTND foi inicialmente desenvolvido para determinar a terapia de reposição de nicotina para o tratamento da síndrome de abstinência.⁽¹²⁾ O FTND foi clinicamente útil em subgrupos de fumantes, pois uma maior dependência física poderia levar o indivíduo a recaídas.⁽²⁵⁾

Na presente pesquisa, não houve diferenças significativas no número de tentativas para cessar o consumo de tabaco entre fumantes em função do uso de substâncias psicoativas ou de quadros de depressão, contrariamente às investigações de outros pesquisadores,⁽²⁶⁾ que relataram que depressão mais grave, distúrbios de ansiedade e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas estavam associados a taxas mais elevadas de fumantes e a menores taxas de tentativas de parar, em comparação com pessoas que nunca sofreram de doenças mentais. Os mesmos autores afirmaram que a depressão mais grave aumenta o risco do subsequente aparecimento diário do desejo de fumar e da progressão para a dependência do tabaco. Para outros autores,⁽⁴⁾ o abandono do uso de tabaco e a taxa de abstinência nos portadores de outras dependências são similares àquelas verificadas na população geral. Pacientes com transtornos mentais e dependentes de álcool

devem receber o tratamento para a cessação do tabagismo recomendado para a população geral.

Observou-se, em relação aos fumantes, uma frequência significativamente maior no número de hospitalizações no último mês e uma maior incidência de doenças agravadas pelo tabaco, como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, doenças respiratórias e úlcera péptica. O tabagismo foi relatado como um fator de risco para úlcera péptica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, asma, DPOC, câncer de pulmão e outros tipos de câncer.⁽⁴⁾ O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras, assim como aumenta o risco de ter limitações físicas por doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer.⁽²⁷⁾

O tabagismo também foi relatado como o principal fator causal para pelo menos 80% das mortes por DPOC, por doenças cardiovasculares e de morte precoce, assim como para aproximadamente 30% de todas as mortes por câncer.⁽¹⁵⁾ Contrariamente a esses dados, este estudo não detectou diferenças importantes na incidência de câncer entre os fumantes e os nunca fumantes. Isso se justifica pela baixa idade dos participantes do estudo, cuja média de idade para fumantes e nunca fumantes foi de, respectivamente, 45 e 44 anos, com predomínio do sexo feminino (61,1%). O câncer de pulmão é a neoplasia com maior mortalidade nos dias atuais, e sua incidência é maior nas pessoas entre 50 e 70 anos de idade, sendo prevalente no sexo masculino.⁽²⁸⁾ Nesses casos, o tabagismo é o principal fator de risco.⁽²⁸⁾ Em outro estudo de câncer de pulmão, houve predomínio do sexo masculino, e a idade média dos pacientes foi de 63,7 anos.⁽²⁹⁾

Observou-se no presente estudo que os fumantes apresentaram menor média de IMC do que aqueles que nunca fumaram. Alguns autores⁽³⁰⁾ reportaram que fumantes têm menor IMC do que não fumantes. Corroborando com esses achados, outros autores⁽⁴⁾ acrescentaram que fumantes pesam em geral menos do que os não fumantes e que ganham peso quando param de fumar.

Este estudo permitiu ampliar os conhecimentos sobre o tema e poderá servir de base para novas pesquisas, com o intuito de melhorar a assistência prestada a esta clientela. Deve-se considerar, portanto, durante a abordagem para

a cessação do tabagismo, as recomendações específicas para subgrupos de tabagistas.

Houve algumas limitações relacionadas à cooperação dos fumantes e das pessoas que nunca fumaram para a obtenção dos dados, pois esta foi uma amostra de conveniência de tempo e lugar. Além disso, por ser este um estudo transversal, não nos foi permitida a interpretação da influência causal.

Verificou-se a necessidade da elaboração de estratégias de intervenções para a cessação do tabagismo a fim de identificar subgrupos específicos de fumantes adultos, com início precoce de consumo do tabaco, que apresentem transtornos por uso de tabaco, transtornos depressivos, uso de sedativos e com um alto nível de dependência do tabaco. A abordagem para o abandono do uso de tabaco em pacientes com transtornos depressivos e/ou em uso de substâncias psicoativas deve ser o mesmo recomendado para a população geral.

Sugerem-se novas pesquisas, com grupos de fumantes com doenças agravadas pelo uso do tabaco, assim como com um grupo de fumantes que ainda não apresente tais doenças, para relacionar a frequência de hospitalizações, de incapacidades domésticas e laborais, entre outras.

Programas preventivos do tabagismo deveriam enfatizar os benefícios de não fumar para a manutenção da saúde, para a melhora da QV e para a redução da morbidade e das incapacidades decorrentes do consumo do tabaco, bem como para a diminuição dos gastos da saúde pública.

Referências

1. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry*. 2003;160(9):1670-6.
2. Mitra M, Chung MC, Wilber N, Klein Walker D. Smoking status and quality of life: a longitudinal study among adults with disabilities. *Am J Prev Med*. 2004;27(3):258-60.
3. Castro MG. Qualidade de vida e tabagismo [dissertation]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.
4. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da SBPT: diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. *J Bras Pneumol*. 2008;34(10):845-80.
5. Lemos T. Tabagismo e comorbidades psiquiátricas. In: Gigliotti A, Presman S. Atualização no Tratamento do Tabagismo. Rio de Janeiro: ABP Saúde; 2006. p. 53-70.

6. Nunes SO, Vargas HO, Lanssoni MM, Castro MR, Nunes MV, Barbosa L, et al. Avaliação das características clínicas dos fumantes que buscaram tratamento em um Centro de Referência do Sistema Único de Saúde (SUS). *Biosaúde (Londrina)*. 2006;8(1):3-24.
7. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref[®]. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):178-83.
8. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002;97(9):1183-94.
9. World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2009 Jan 21]. The ASSIST project – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST Questionnaire Version 3.0 (Portuguese) [Adobe Acrobat document, 2p.] Available from: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_portuguese.pdf
10. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
11. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao 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.
12. Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JA. Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *J Bras Pneumol*. 2009;35(1):73-82.
13. Storr CL, Reboussin BA, Anthony JC. The Fagerström test for nicotine dependence: a comparison of standard scoring and latent class analysis approaches. *Drug Alcohol Depend*. 2005;80(2):241-50.
14. Gonçalves MS. Perfil do fumante que procura apoio em um programa de cessação do tabagismo [dissertation]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults--United States, 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2008;57(45):1221-6. Erratum in: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2008;57(47):1281.
16. Gruzca RA, Bierut LJ. Co-occurring risk factors for alcohol dependence and habitual smoking: update on findings from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. *Alcohol Res Health*. 2006;29(3):172-8.
17. Simons L, Giorgio T. Characteristics of substance abusing men and women entering a drug treatment program. An exploration of sex differences. *Addict Disor Their Treat*. 2008;7(1):15-23.
18. Chatkin JM. The influence of genetics on nicotine dependence and the role of pharmacogenetics in treating the smoking habit. *J Bras Pneumol*. 2006;32(6):573-9.
19. Hanna EZ, Yi HY, Dufour MC, Whitmore CC. The relationship of early-onset regular smoking to alcohol use, depression, illicit drug use, and other risky behaviors during early adolescence: results from the youth supplement to the third national health and nutrition examination survey. *J Subst Abuse*. 2001;13(3):265-82.
20. Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Pulkkinen L, Marttunen M, Kaprio J. Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish twins. *Addiction*. 2008;103(12):2045-53.
21. Leventhal AM, Kahler CW, Ray LA, Zimmerman M. Refining the depression-nicotine dependence link: patterns of depressive symptoms in psychiatric outpatients with current, past, and no history of nicotine dependence. *Addict Behav*. 2009;34(3):297-303.
22. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1986;143(8):993-7.
23. Morissette SB, Gulliver SB, Kamholz BW, Duade J, Farchione T, Devine E, et al. Differences between daily smokers, chippers, and nonsmokers with co-occurring anxiety and alcohol-use disorders. *Addict Behav*. 2008;33(11):1425-31.
24. Kenney BA, Holahan CJ. Depressive symptoms and cigarette smoking in a college sample. *J Am Coll Health*. 2008;56(4):409-14.
25. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav*. 1978;3(3-4):235-41.
26. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry*. 2004;55(1):69-76.
27. World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2009 Feb 24]. Building blocks for tobacco control: a handbook [Adobe Acrobat document, 30p.] Available from: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/en/building_blocks_1.pdf
28. Barros JA, Valladares G, Faria AR, Fugita EM, Ruiz AP, Vianna AG, et al. Early diagnosis of lung cancer: the great challenge. Epidemiological variables, clinical variables, staging and treatment. *J Bras Pneumol*. 2006;32(3):221-7.
29. Sánchez PG, Vendrame GS, Madke GR, Pilla ES, Camargo Jde J, Andrade CF, et al. Lobectomy for treating bronchial carcinoma: analysis of comorbidities and their impact on postoperative morbidity and mortality. *J Bras Pneumol*. 2006;32(6):495-504.
30. Chiolero A, Jacot-Sadowski I, Faeh D, Paccaud F, Cornuz J. Association of cigarettes smoked daily with obesity in a general adult population. *Obesity (Silver Spring)*. 2007;15(5):1311-8.

Sobre os autores

Márcia Regina Pizzo de Castro

Enfermeira. Universidade Estadual de Londrina, Londrina (PR) Brasil.

Tiemí Matsuo

Professora Associada. Departamento de Estatística, Universidade Estadual de Londrina, Londrina (PR) Brasil.

Sandra Odebrecht Vargas Nunes

Professora Adjunta. Departamento de Clínica Médica, Universidade Estadual de Londrina, Londrina (PR) Brasil.