

Avaliação das características clínicas dos fumantes que buscaram tratamento em Centro de Referência do Sistema Único de Saúde (SUS)

Evaluation of clinical context of smokers who stay in the treatment in the System of Health Reference Center

*Sandra Odebrecht Vargas Nunes¹, Heber Odebrecht Vargas²,
Maria Madalena B. de Souza Lanssoni³, Márcia Regina Pizzo de Castro⁴,
Mariane Vargas Alves Nunes⁵, Luisa Raizer Barbosa⁶, Cristine B. Lanssoni⁶,
Magali Domingos⁶, Renato Alvim Soares⁶,
Regina Célia Bueno Rezende Machado⁷, Tiemi Matsuo⁸*

Resumo

Avaliaram-se as características clínicas, história tabagística, comorbidades, idade de início, a severidade da dependência à nicotina, familiares fumantes a qualidade de vida de fumantes. Foram 171 fumantes provenientes de centros de atenção primária. Os pacientes apresentaram as seguintes características sócio demográficas: predomínio do sexo feminino, cor branca, idade média de 45 anos, capazes para atividades domésticas e trabalho. A média de idade do início do tabaco foi de 15 anos. O teste de Fagerström de dependência à nicotina foi = 4 (37% e 29%); > 4 (62,3% e 71,0%). As

¹ Docente. Universidade Estadual de Londrina (UEL), Departamento de Clínica Médica.

² Docente. Universidade Estadual de Londrina (UEL), Departamento de Clínica Médica.

³ Psicóloga. Responsável pelo Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Fumante do Centro de Saúde da Décima Sétima Regional de Londrina.

⁴ Enfermeira. Responsável pelo Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Fumante da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

⁵ Acadêmica/Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

⁶ Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

⁷ Docente. Universidade Estadual de Londrina (UEL). Departamento de Enfermagem.

⁸ Docente. Universidade Estadual de Londrina (UEL). Departamento de Estatística

comorbidades médicas foram doenças cardiovasculares e hipertensão arterial (23,9% e 32,3%), câncer (1,4% e 8,3%), doença pulmonar (34,7% e 22,9%), diabetes (9,7% e 4,2%), depressão (58,3% e 63,5%), abuso de álcool (9,2% e 11,7%). A cessação de tabaco em quatro semanas foi 39% e 46,5%. Os resultados sugerem que o tratamento de cessar de fumar deverá avaliar o contexto clínico e a comorbidades dos fumantes

Palavras-chave: Fumantes, características clínicas, tratamento

Abstract

The aim of the present study was evaluation the clinical context, smoking evaluation, co morbidities, onset age of use, and severity of nicotine dependence, family smokers, and the quality of life. The subjects were 171 smokers of a primary care setting. The patients had socio-demographic characteristics: more female; Caucasian, age median 45 years old, without domestic functional and professional impairment. The median age at onset was 15 years old. The Fagerström Test for Nicotine dependence was = 4 (37% and 29%); >4 (62.3% and 71.0%). Patients with medical co morbidities were: cardiovascular/Hypertension disease (23.9% and 32.3%); cancer (1.4% and 8.3%); pulmonary disease (34.7% and 22.9%), diabetes (9.7% and 4.2%), depression (58.3% and 63.5%), and alcohol abuse (9.2% and 11.7%). The smoking cessation in 4 weeks was reported in 39% and 46.5%. Results suggest that smoking cessation treatment must consider the clinical context and comorbidities of smokers

Key words: Smokers, clinical context, treatment.

INTRODUÇÃO

O tabagismo continua sendo a principal causa de doenças preveníveis no mundo moderno, responsável direto por 20% dos óbitos. Fumar cigarro causa vários tipos de doenças: câncer, doença cardiovascular, doenças pulmonares crônicas, úlcera péptica e são importantes causas de perda de saúde ⁽²⁾. mortalidade geral é duas vezes maior nos fumantes quando comparados aos não-fumantes ⁽³⁻⁴⁾. Apesar dos danos do tabagismo e no aumento da mortalidade, as pessoas continuam a fumar porque a nicotina no fumo cria facilmente dependência ⁽³⁾. Cerca de 80% dos fumantes querem parar de

fumar. No entanto apenas 3% conseguem a cada ano, e a maioria desse grupo pára sem ajuda. A abordagem e tratamento do fumante chegam a aumentar as taxas de cessação de 3% para 20% a 30% em um ano ⁽⁵⁾. É necessário o apoio formal de profissionais de saúde para obterem êxito no processo de cessação do fumo.

A dependência do tabaco é uma doença crônica, progressiva e recorrente, mediada por ações de receptores centrais e periféricos ⁽⁶⁾. A décima revisão Classificação Internacional de Doenças (CID-10) classifica o dependente de tabaco (F17.2) como: forte desejo ou compulsão à nicotina; dificuldades de controlar o uso; cessar ou reduzir causa estado de abstinência, necessidade de doses crescentes da nicotina; abandono progressivo de outros prazeres e interesses em favor da nicotina, persistência de uso de nicotina, apesar de conseqüências nocivas à saúde⁽⁷⁾.

Os profissionais da saúde da atenção primária atendem cerca de 70% dos fumantes e eles deverão rotineiramente propiciar aconselhamento para cessação do fumar e tratamento para a dependência do tabaco considerando uma doença crônica como hipertensão, diabetes e dislipidemia ⁽²⁾.

As ações para promover a cessação do tabagismo têm como objetivo motivar os fumantes a se tratarem. Os fumantes de maior gravidade na dependência física à nicotina têm maiores dificuldades em abandonar o consumo do tabaco e maior risco de recaída ⁽⁸⁾.

Os métodos de tratamento preconizados como primeira linha é a terapia de reposição de nicotina, a utilização de bupropiona e a terapia cognitiva comportamental em grupo ou individual ^(5-6,9).

A vareniclina que é um agonista parcial de receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$ de acetilcolina e tem como ação reduzir à fissura e os sintomas que levam às recaídas como depressão,

irritabilidade, frustração, ansiedade, dificuldades de concentração, enquanto seus efeitos antagonistas resultam na redução da satisfação de fumar ⁽¹⁰⁾. A vareniclina não está disponível no tratamento de pacientes da rede SUS.

O objetivo do estudo é avaliar as características sócio-demográficas, contexto clínico, hábitos tabagísticos, idade de início, gravidade da dependência à nicotina, comorbidades de pacientes, que buscaram a Abordagem e Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS), comparando dois centros de atenção primária, credenciados pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria SAS/MS 442/04 ⁽¹¹⁾. Com esses dados disponíveis identifica-se qual a população fumante que está motivada a parar de fumar, na qual poderá corroborar com as intervenções de tratamento para redução de morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas.

METODOLOGIA

População

É um estudo transversal que incluiu pacientes ambulatoriais motivados no desejo de parar de fumar que buscaram tratamento no período de setembro de 2005 a setembro de 2006, nos Ambulatórios de Tratamento do Fumante do SUS, implantados no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (HC/UEL) e Centro de Referência CIDI da Décima Sétima Regional de Saúde de Londrina.

Crítérios de Inclusão

Os critérios de entrada incluíram homens e mulheres, que estavam motivados a abandonar o fumo, ter idade acima de 18 anos e buscaram espontaneamente os Centros de Referência.

Todos os participantes assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética da UEL, Parecer CEP 048/05.

Avaliação do contexto clínico por questionário

O questionário constava dos seguintes dados: sócio-demográficos, história tabagística, capacidade de trabalho e para atividades domésticas, condicionamentos relacionados ao tabagismo, motivações para cessar o tabaco, história familiar para o tabagismo, tratamentos efetuados anteriores, além história de outras comorbidades médicas, triagem para o alcoolismo e transtorno de humor.

A gravidade à dependência de tabaco foi avaliada pelo teste de Fagerström de dependência à nicotina, que consiste de seis questões. O escore máximo do teste é 10, e o escore maior do que quatro indica maior gravidade ⁽¹²⁻¹⁴⁾.

O teste de CAGE para triagem e rastreamento do alcoolismo é considerado positivo quando 2 das 4 questões a seguir eram relatadas: 1) alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou para de beber?; 2) as pessoas o aborrecem porque criticam seu modo de beber?; 3) você sente culpado, chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber; 4) você costuma beber de manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? ⁽¹⁵⁾

4.3.3 Os critérios diagnósticos para pesquisa de transtorno de humor e ansiedade foram de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados (CID-10) ⁽⁷⁾.

Análise estatística

Para análise dos dados empregou o cálculo das médias \pm desvio padrão e frequência bruta e percentual, apresentadas em tabelas. O teste t de Student para amostras independentes

foi utilizado para comparar médias das variáveis quantitativas dos locais de trabalho (UEL e 17ª RS), e as proporções foram comparadas por intermédio do teste de qui-quadrado e teste exato de Fisher. Adotou-se o nível de significância de 5% em todos os testes estatísticos

RESULTADOS

Na Tabela 1 foram descritos os dados epidemiológicos dos 71 pacientes entrevistados na UEL/HC e 100 entrevistados na Regional da Saúde.

Tabela 1. Características sócio–demográficas e laborais dos participantes do estudo

Características	UEL/HC	Regional da Saúde	Valor de p
Sexo masculino	32/71	28/100	0,0212*
Idade média	45,6 ± 8,4 (n=72)	45,1 ± 13,0 (n=99)	0,7720†
Escolaridade < 8anos	7/72 (9,7%)	26/67 (38,8%)	< 0,0001*
Estado conjugal sem companheiro	44/70 (62,9%)	53/98 (54,1%)	0,2563*
Idade de início	15,4 ± 3,3 (n=72)	15,0 ± 4,4 (n=92)	0,3461†
Raça branca	57/69 (82,6%)	65/93 (69,9%)	0,0635*
Doença que afaste/incapacite trabalho			
<i>Sim</i>	13/71 (18,3%)	8/79 (10,1%)	0,1493
<i>Não</i>	58/71 (81,7%)	71/79 (89,9%)	
Doença que incapacite atividade Doméstica			
<i>Sim</i>	11/62 (17,7%)	9/66 (13,6%)	0,5226
<i>Não</i>	51/62 (82,3%)	57/66 (86,4%)	
Interação geral recente			
<i>Sim</i>	8/67 (11,9%)	16/80 (20,0%)	0,1879
<i>Não</i>	59/67 (88,1%)	64/80 (80,0%)	

* Teste de qui-quadrado

† Teste t de Student

Em relação ao tabagismo e características laborais, verificou-se que a maioria da população 93 (65,9%) tinha atividade de trabalho remunerada, 18 (9,2%) estavam desempregados, 14 tinham atividade não remunerada, dois auxílio desemprego e 15 outros tipos de atividades. Foi verificado que, dentre os entrevistados, 129 (86%) não apresentou doenças que os incapacitem ou afastem do trabalho, e 108 (84,37%) não possuíam doenças que impedissem de realizar atividades domésticas. Dos submetidos ao teste apenas 24 (16,3%) teve alguma morbidade que os levasse a internação. Foi constatado que dos entrevistados 57 (57,57%) conviviam com colegas de trabalho fumantes e que em 86 (86,86%) dos locais de trabalho não havia local específico para o fumo.

A Tabela 2 analisou-se as possíveis comorbidades clínicas que apresentaram os entrevistados.

Tabela 2. Comorbidades Clínicas

COMORBIDADES	UEL/HC	Regional da Saúde	Valor de p
Diabetes Mellitus			
<i>Sim</i>	7/72 (9,7%)	4/96 (4,2%)	0,1497 [†]
<i>Não</i>	65/72 (90,3%)	92/96 (95,8%)	
Problemas Cardio/Vasculares			
<i>Sim</i>	14/71 (19,7%)	12/96 (12,5%)	0,2034 [†]
<i>Não</i>	57/71 (80,3%)	84/96 (87,5%)	
Hipertensão arterial			
<i>Sim</i>	17/72 (23,6%)	24/96 (25,0%)	0,8357 [†]
<i>Não</i>	55/72 (76,4%)	72/96 (75,0%)	
Problemas cardio/vasculares + hipertensão arterial			
<i>Sim</i>	17/71 (23,9%)	31/96 (32,3%)	0,5577 [†]
<i>Não</i>	44/71 (76,1%)	65/96 (67,7%)	
Problemas Pulmonares			
<i>Sim</i>	25/72 (34,7%)	22/96 (22,9%)	0,0916 [†]
<i>Não</i>	47/72 (65,3%)	74/96 (77,1%)	
Alergia Respiratória			
<i>Sim</i>	14/72 (19,4%)	23/96 (24,0%)	0,4848 [†]
<i>Não</i>	58/72 (80,6%)	73/96 (76,0%)	
Problemas pulmonares + alergia respiratória			
<i>Sim</i>	32/72 (44,4%)	39/96 (40,6%)	0,6199 [†]
<i>Não</i>	40/72 (55,6%)	57/96 (59,4%)	
Alergia cutânea			
<i>Sim</i>	17/72 (23,6%)	29/96 (30,2%)	0,3426 [†]
<i>Não</i>	55/72 (76,4%)	67/96 (69,8%)	
Lesão ou tumor maligno			
<i>Sim</i>	1/72 (1,4%)	8/96 (8,3%)	0,0796 [†]
<i>Não</i>	71/72 (98,6%)	88/96 (91,7%)	
Depressão ou ansiedade			
<i>Sim</i>	42/72 (58,3%)	61/96 (63,5%)	0,4928*
<i>Não</i>	30/72 (41,7%)	35/96 (36,5%)	
História de Transtorno psiquiátrico na família			
<i>Sim</i>	27/48 (56,3%)	18/43 (41,9%)	0,1705*
<i>Não</i>	21/48 (43,7%)	25/43 (58,1%)	
<i>Desconbece</i>			
CAGE (triagem do alcoolismo)			
<i>Sim</i>	6/65 (9,2%)	9/77 (11,7%)	0,6350*
<i>Não</i>	59/65 (90,8%)	68/77 (88,3%)	

* Teste de qui-quadrado

† Teste exato de Fisher

Foram demonstradas situações associadas ao uso de tabaco no dia a dia. Dentre elas as mais citadas foram a tristeza, a alegria, o café (87,79%, 87,7% e 80,8%, respectivamente), sendo que dos pacientes entrevistados relataram associa-las ao fumo. Outros fatores condicionados ao fumo foram: bebida alcoólica (70,9%), ansiedade (54,65%), o trabalho (41,3%) e o período após refeições (54,65%) como fatores condicionados ao desejo de fumar.

Ao questionar-se sobre as razões para a permanência do fumo 77,78% dos pacientes referiram que o cigarro acalma e 52,47% sentem prazer ao fumar, porém somente 6,8% referiram achar charmoso fumar. Outras razões para buscar o cigarro seriam: sabor, emagrecimento ou simplesmente para ter alguma coisa em mãos.

Dentre os motivos pelos quais os entrevistados procuraram tratamento para cessar de fumar naquele momento; a maioria referiu como principal motivo a preocupação com a saúde, tanto presente 120 (53,4%), mas principalmente no futuro 154 (89,5%). Os outros motivos citados foram: o fato de ser um mau exemplo para as crianças 119 (69,8%), ser um hábito anti-social 108 (62,7%), preocupação com o bem estar da família 122 (70,9%), os gastos decorrentes do vício 105 (59,7%), a pressão de outras pessoas 93 (54%), dos filhos 80 (46,5%), pela restrição de fumar em ambientes fechados 69 (40,11%) e por não gostar de ser dependente 105 (61,04%). A preocupação em ganhar peso é referida em 59 (37,8%) dos pacientes.

A Tabela 3 avaliou a gravidade de dependência a nicotina através da pontuação obtida no teste de Fagerström.

Tabela 3. Teste de Dependência à Nicotina de Fargeström

Teste de Fargeström*	UEL/HC	Regional da Saúde
Muito baixo	11 (15,9%)	10 (11,6%)
Baixo 3-4	15 (21,7%)	15 (17,4%)
Médio 5	9 (13,0%)	12 (14,0%)
Elevado 6-7	18 (26,1%)	31 (36,1%)
Muito elevado 8- 10	16 (23,2%)	18 (20,9%)
Total	69 (100,0%)	86 (100,0%)

Escores médio de Fagerström

* Teste de qui-quadrado: $\chi^2= 2,20$, 4 g.l., valor de $p = 0,6981$

<4 e $\geq 4 \rightarrow$ Teste de qui-quadrado: $\chi^2= 1,29$, 1 g.l., valor de $p = 0,2568$

A história de tabagismo familiar apresentou um importante resultado em nosso estudo. Nesse contexto 116 (73,4%) dos pais dos pacientes entrevistados já havia fumado ou fumavam e uma menor, embora não baixa porcentagem de mães 64 (39,7%) também. Sobre história familiar em primeiro grau incluindo irmãos e filhos, 114 (86,4%) afirmaram ter pelo menos um familiar tabagista. Sobre historia familiar em primeiro grau incluindo irmãos e filhos, 86,36% (114) afirmaram ter pelo menos um familiar tabagista.

A Tabela 4 e 5 visam demonstrar as situações associados ao uso de tabaco e as razões para permanência do fumo. O paciente deve entender os papéis e funções que o cigarro representa em sua vida . Identificar quais as situações ou os sentimentos que desencadeiam o hábito de fumar ajuda o tabagista a preparar e motivar para as mudanças necessárias no tratamento.

Tabela 4. Situações de condicionamentos relacionadas ao consumo de tabaco

	UEL/HC	Regional da Saúde	Valor de p
Condicionamento			
No telefone	21/72 (29,2%)	37/100 (37,0%)	0,2837*
Com café	60/72 (83,3%)	79/100 (79,0%)	0,4765*
Na tristeza	64/72 (88,9%)	87/100 (87,0%)	0,7089*
Apos refeições	41/72 (56,9%)	53/100 (53,0%)	0,6082*
No trabalho	37/72 (51,4%)	34/100 (34,0%)	0,0223*
Alegria	64/72 (88,9%)	87/100 (87,0%)	0,7089*
Bebida alcoólica	50/72 (69,4%)	72/100 (72,0%)	0,7158*
Ansiedade	38/72 (52,8%)	56/100 (56,0%)	0,6754*
Nenhum	2/72 (2,8%)	5/100 (5,0%)	0,7005 [†]
Outros	26/72 (36,1%)	18/100 (18,0%)	0,0072*
Prazer ao tabagismo			
Prazer	38/62 (61,29%)	47/100 (47%)	0,0767*
Saboroso	24/63 (38,71%)	47/100 (47%)	0,2642*
Acalma	47/62 (75,81%)	79/100 (79%)	0,6346*
Chamoso	1/62 (1,61%)	10/100 (10%)	0,0525 [†]
Emagrecimento	4/62 (6,45%)	12/100 (12%)	0,2499*
Coisa nas mãos	12/62 (19,35%)	26/100 (26%)	0,3320*
Outros	14/62 (22,58%)	4/100 (4%)	0,0003*

* Teste de qui-quadrado

[†] Teste exato de Fisher

Tabela 5. Situações motivacionais para largar o cigarro.

	UEL/HC	Regional da Saúde	Valor de p*
Motivos para cessar o tabaco			
Afetando saúde	53/72 (73,6%)	67/100 (67,0%)	0,3517
Pessoas pressionando	39/72 (54,2%)	54/100 (54,0%)	0,9827
Bem estar da família	56/72 (77,8%)	66/100 (66,0%)	0,0933
Preocupação com saúde no futuro	68/72 (94,4%)	86/100 (86,0%)	0,0743
Filhos pedem	40/72 (55,6%)	40/100 (40,0%)	0,0436
Não gosto de ser dependente	49/72 (68,1%)	56/100 (56,0%)	0,1097
Fumar é anti- social	44/72 (61,1%)	64/100 (64,0%)	0,6990
Gasto	37/72 (51,4%)	68/100 (68,0%)	0,0275
Mau exemplo para as crianças	53/72 (73,6%)	66/100 (66,0%)	0,2862
Restrição fumar em ambiente fechado	31/72 (43,1%)	38/100 (38,0%)	0,5045
Outros	8/72 (11,1%)	7/100 (7,0%)	0,3458
Preocupação em ganhar peso			
sim	30/72 (41,7%)	29/84 (34,5%)	0,3591
não	42/72 (58,3%)	55/84 (65,5%)	

* Teste de qui-quadrado

A tabela 6 avaliou as taxas de cessação do tabaco após quatro semanas de sessões de terapia de grupo, em pacientes que buscaram a Abordagem e Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS), credenciados pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria SAS/MS 442/04 ⁽¹¹⁾.

Tabela 6. Cessação do Tabagismo

DESFECHO	UEL		REGIONAL	
	n	%	n	%
Cessaram	33	46,5	39	39,0
Não cessaram	27	38,0	32	32,0
Abandonaram	11	15,5	29	29,0
Total	71	100,0	100	100,0

Teste de qui-quadrado: $\chi^2 = 4,23$, 2 g.l., $p = 0,1208$

DISCUSSÃO

Em relação a características sócio-demográficas, verificou-se que nossa população iniciou o tabaco na adolescência, mas procurou tratamento em uma idade média de 45 anos, tinham companheiro fixo (42,26%) e apresentavam escolaridade (superior a 8 anos de estudo – 90,3% e 61,2%). As pessoas que deixam de fumar antes dos 50 anos de idade, apresentam uma redução de 50% do risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo após 16 anos de abstinência ⁽⁵⁾. Devido idade média ser de 45 anos da grande maioria dos pacientes que buscaram tratamento, a grande maioria não tinham incapacidade laboral, doméstica e internamentos em hospital geral recente e baixa prevalência de doenças relacionadas com o tabagismo (Tabelas 1 e 2).

A grande maioria dos tabagistas deste estudo não tiveram incapacidade profissional e social (Tabela1), A literatura relata que dependente da nicotina tem maior incapacidade laboral e pior qualidade de vida que o não dependente do tabaco ⁽¹⁶⁾. O uso do tabaco associa-se com enormes custos sociais e econômicos originários do fardo da morbidade e mortalidade relacionadas com o fumo. Eles incluem custos impostos pelos fumantes (uso de recursos de saúde, ausência no trabalho, perda da produtividade, pagamento de auxílio-doença, etc.). De acordo com as estimativas do Banco Mundial, os gastos relacionados com o fumo representam 6 a 15% dos custos anuais de países de alta renda ⁽¹²⁾.

Foi também constatado que maioria de nossa população se considera da raça branca (média de 75,3%). Não foi relacionada a raça com o nível de dependência. Em estudo realizado constatou-se que os negros iniciam menos frequentemente o tabagismo, fumam menos cigarros por dia e parecem ser menos suscetíveis a dependência da nicotina ⁽¹⁷⁾. Já em outro estudo, os negros possuem altos níveis de cotinina e interrompem menos o tabagismo que os brancos ⁽¹⁸⁾.

No presente estudo, a idade média de início do tabagismo foi por volta de 15 anos. Alguns estudos relataram que a idade média de início do tabagismo está entre 13 e 14 anos e que o início mais precoce está associado a maior gravidade da dependência de tabaco e de problemas a ela associados ^(6,9). Dos tabagistas que começam a fumar na adolescência, 50% deles morrem prematuramente na meia idade, perdendo cerca de 20 a 25 anos de expectativa de vida em comparação aos não fumantes. O risco é maior naqueles que começam a fumar regularmente na adolescência ⁽⁸⁾.

Em nossa casuística, as mulheres (64,9%) buscaram mais tratamento nos centros de atenção primária, apesar dos estudos relatarem que a prevalência de dependência de tabaco ao

longo da vida é de 40% para adultos do sexo masculino e de 25% do sexo feminino ⁽¹⁹⁾. Em uma amostra de 42.517 pessoas, sobre a prevalência do tabagismo em uma população acima de 12 anos, na cidade de Londrina, Paraná, revelou um índice próximo de 41,3 % e 22,79 % respectivamente para homens e mulheres.²⁰ Fumantes masculinos têm maiores escores de dependência à nicotina do que fumantes femininas ⁽¹²⁾.

Verificou-se uma grande prevalência de familiares biológicos em primeiro grau com dependências de tabaco. Um estudo também demonstrou que a dependência do tabaco tem um caráter familiar, visto que, familiares em primeiro grau de dependentes de tabaco têm uma frequência significativamente maior de dependentes do que em parentes de probandos não dependentes de tabaco ⁽²⁰⁾. A evidência de fatores genéticos nas dependências de substância psicoativas foi avaliada por estudos de famílias, gêmeos e adotados. A concordância maior em gêmeos monozigóticos sugere que a correlação positiva entre o consumo de álcool, tabaco, café e taxas de lipoproteínas de alta densidade tenham origem genética ⁽²¹⁾.

O caráter genético da dependência do tabaco foi estudado no genótipo na análise do déficit do receptor D2 de dopamina (gene DRD2), do alelo A1. O sistema dopaminérgico nas regiões mesolímbicas está envolvido na recompensa e prazer do cérebro e o gene DRD2 contribui para susceptibilidade genética de fumar ⁽²²⁻²³⁾. A vulnerabilidade genética para dependência do tabaco foi descrita também para os genes transportadores de serotonina ⁽²⁴⁾. O teste de CAGE para triagem do alcoolismo em nosso estudo foi positivo de 9,2% a 11,7% . A literatura relata uma forte correlação entre os dois hábitos. O alcoolismo também está implicado em alterações de dopamina e no déficit do receptor D2 de dopamina (DRD2) ⁽²⁵⁾.

A maior comorbidade relacionada ao tabagismo foi a depressão (tabela 2). Os critérios diagnósticos para depressão foram encontrados de 58,3% a 63,5% nos entrevistados. Há uma relação recíproca de fumantes terem mais depressão do que os não fumantes e os depressivos serem mais fumantes do que os não fumantes. Pacientes depressivos têm aumento do risco de ser dependentes de nicotina, a associação de depressão e tabaco aumenta duas vezes o risco de doenças cardiovasculares ⁽²⁶⁾.

A Tabela 2 evidenciou que 9,2 % e 11,7 % dos pacientes que buscaram tratamento para cessar de fumar tiveram o CAGE positivo. A associação do tabagismo com o alcoolismo é alta, cerca de 40% a 44% de tabagistas têm abuso do álcool. A associação de tabagismo e alcoolismo pode alcançar 80% nas pessoas que procuram o tratamento. O problema com o uso do álcool está associado a maiores taxas de dependência de nicotina e menor probabilidade de cessar de fumar ⁽²⁷⁾.

Na tabela 3 avalia-se a pontuação do teste de dependência à nicotina de Fagerström acima de 4 ocorreu entre 62,3% e 71% dos entrevistados e, menor ou igual a 4, em 37% e 29% . Fumantes com mais forte dependência procuram mais ajuda para cessar de fumar em relação ao total de fumantes. Fumantes com maiores escores de dependência à nicotina têm menos sucesso em abandonar o tabagismo ⁽¹²⁾.

Na tabela 4 avaliou-se as situações ligadas aos condicionamentos sendo as mais prevalentes ligadas ao consumo do café, ao consumo alcoólico e às emoções. No tratamento do tabagismo o paciente deverá anotar os sentimentos relacionados ao momento de cada cigarro. Com estes dados podemos estabelecer estratégias junto com o paciente para situações apresentadas. O cigarro nos serve como uma bengala, como um amortecedor para emoções – sejam elas agradáveis ou não. Por exemplo, quando estamos

estressados , nos sentindo sozinhos, ou até mesmo quando estamos felizes e queremos comemorar. Também está associado a hábitos e condicionamentos como fumar e tomar cafezinho, fumar após as refeições. O hábito de fumar é extremamente prazeroso e o paciente deverá buscar outras atividades e estratégias que lhe dêem prazer ⁽²⁸⁾.

Na tabela 5 buscou-se avaliar as situações motivacionais para largar o cigarro sendo o medo de afetar a família e a saúde foram os principais motivos par largar o cigarro. Cada fumante tem um motivo próprio para deixar de fumar: alguns se preocupam com a saúde, outros com o dinheiro gasto com os cigarros; pais fumantes podem se preocupar com o exemplo dado aos filhos. É fundamental conhecer os fatores motivadores do paciente para poder promover aconselhamento personalizado que possam aumentar ainda mais sua motivação ⁽²⁸⁾.

Na tabela 6 observou-se que a cessação de fumar em quatro semanas foi de 39% dos pacientes na Regional da Saúde e de 46,5% na UEL, foram semelhantes ao da abordagem preconizada pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Câncer (INCA), com índices variando entre 30 a 46% de participantes que permaneceram abstinentes após 12 a 18 meses da cessação de fumar ⁽⁵⁾.

Na maioria das revisões sistemáticas e metanálises que estudam terapias comportamentais, a taxa de abstinência do tabaco após seis meses varia de 15% a 25%. Evidências mostram que as seguintes ações tornam o tratamento mais eficaz: 1) Treinar a habilidades e soluções de problemas; 2) Dar apoio social como parte do tratamento; 3) ajudar o fumante a obter apoio social fora do tratamento ⁽²⁸⁾.

O tratamento do fumante está entre as intervenções médicas que apresentam as melhores relações custo-benefício. A abordagem do fumante para a cessação de fumar tem como eixo central, intervenção cognitivo-comportamental, em casos

específicos poderá ser utilizada o apoio medicamentoso ⁽⁶⁾. No entanto, é mais provável que o paciente recaia antes de atingir a manutenção a longo prazo. Para prevenção de recaídas o paciente deverá identificar as situações de alto risco de recaída, que podem envolver situações intrapessoais (como estados emocionais negativos ou positivos) e/ou fatores interpessoais (como conflitos e pressões sociais). Identificadas tais situações, o paciente precisa aprender mecanismos de manejo mais efetivos, incluindo estratégias cognitivas, atividades substitutivas planejadas e uso gratificante de prazer ⁽²⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para abordagem e tratamento do fumante avaliaram-se as características sócio-demográficas, contexto clínico, idade de início, severidade da dependência à nicotina, comorbidades, história familiar, funcionamento laboral, motivação para cessar o consumo e os diversos condicionamentos. Os pacientes fumantes dos Centros de Referência dos SUS deste estudo eram em sua maioria de meia idade, com o início do consumo do tabaco aos 15 anos de idade, sem doenças terminais e incapacitantes para atividades laborais, com possibilidades de prevenção de morbidade e mortalidade.

Os resultados do Ambulatório de Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS indicam que os fumantes iniciaram o consumo na adolescência, mas procuraram tratamento na meia idade, diferiam na gravidade de dependência à nicotina, tinham familiares tabagistas, tiveram comorbidades médicas e psiquiátricas, mas sem incapacidades para atividades funcionais. O tratamento do tabagismo é bem mais amplo do que ajudar a deixar de fumar, deve desenvolver habilidades para um estilo de vida saudável e desenvolver

estratégias de enfrentamento para lidar com situações de risco de recaídas.

O tratamento de cessar de fumar deverá considerar o contexto clínico, a severidade à dependência de nicotina, idade de início de consumo do tabaco, comorbidades, história familiar, motivação para cessar, condicionamentos, situações e sentimentos relacionados com o tabagismo.

Com esses dados disponíveis identifica-se qual a população fumante que está motivada a parar de fumar na qual poderá corroborar com as intervenções de tratamento para redução de morbidade e mortalidade por doenças tabaco relacionadas.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi desenvolvida com o apoio da Fundação Araucária ao Programa de Pesquisa em Ciência e Tecnologia para o SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araujo AJ, Caldas N, Borges MT, Ortolon F, Casabian LA, Zoucas MA. Abordagem de populações especiais: tabagismo e mulher – razões para abordagem específica de gênero. In: Gigliotti AP, Presman S, organizadores. Atualização no tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: ABP-Saúde, 107-128, 2006.
2. Okuyemi K, Ahluwalia J, Wadland W. The evaluation and treatment of tobacco use disorder. *J. Fam. Pract.*, 50: 981-7, 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Tabaco e pobreza, um círculo vicioso. Brasília: MS, 2004.

4. Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeir M, Cardozo S. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana na região sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 29: 46-51, 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Abordagem e tratamento do fumante. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
6. Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev. Brás. Psiquiatr.*, 23:200-14, 2001.
7. Organização Mundial Da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
8. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.*, 3: 235-41, 1978.
9. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am. J. Psychiatr.*, 153(Suppl. 10): 1-31, 1996.
10. Gigliotti A, Oliveira C, Laranjeira R. Atualização no tratamento farmacológico do tabagismo. In: Gigliotti A, Presman S. Atualização no tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: ABP Saúde; 73-95, 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS 442/04 de 13 de agosto de 2004. Aprova o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS. Brasília: MS; 2004.
12. Fagerström KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslau N, Hughes JR, Hurt RD, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tob. Control*, 5: 5:52-6, 1996.
13. Heatheron TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br. J. Addict.*, 86: 1119-27, 1991.
14. Pomerleau CS, Carton SM, Lutzke ML, Flessland KA, Pomerleau OF. Reliability of the Fagerström Tolerance questionnaire and the Fagerström test for nicotine dependence. *Addict Behav.*; 19: 33-9, 1994.

15. Marques ACPR, Ribeiro M. Abuso e dependência da nicotina. São Paulo; 2002. [acesso em: 2005 Nov 23]. Disponível em: <http://www.amb.org.br>.
16. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am. J. Psychiatr.*, 160: 1670-6, 2003.
17. Giovino GA, Henningfield JE, Tomar SL, Escobedo LG, Slade J. Epidemiology of tobacco use and dependence. *Epidemiol. Rev.*; 17: 48-65, 1995.
18. Ramirez AG, Gallion KJ. Nicotine dependence among blacks and hispanics. In: Orleans CT, Slade JD, editores. *Nicotine Addiction: Principles And Management*. New York: Oxford University Press; 350-64, 1993.
19. Raw M, Laranjeira R. Prevenção da dependência da nicotina: uma prioridade de saúde pública. *Rev. Brás. Psiquiatr.*, 23: 7-8, 2001.
20. Nunes SOB, Onishi LO, Hashimoto SM, Kikuchi R, Toledo LGM, Koike A, et al. A história familiar e a prevalência de dependência de álcool e tabaco em área metropolitana na região Sul do Brasil. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, 26: 84-9, 1999.
21. Chaieb J, Castellarin C. Associação tabagismo- alcoolismo: introdução as grandes dependencias humanas. *Rev. Saúde Pública.*, 32: 246-54, 1998.
22. Bierut LJ, Rice JP, Edenberg HJ, Goate A, Foroud T, Cloninger CR, et al. Family-based study of the association of the dopamine D2 receptor gene (DRD2) with habitual smoking. *Am. J. Med. Genet.*, 90: 299-302, 2000.
23. Noble EP; St Jeor ST; Ritchie T; Syndulko K; St Jeor SC; Fitch RJ, et al. D2 Dopamine Receptor gene and cigarette smoking: a reward gene. *Med. Hypotheses*; 42: 257-60, 1994.
24. Kremer I, Bachner-Melman R, Reshef A, Broude L, Nemanov L, Gritsenko I, et al. Association of the serotonin transporter gene with smoking behavior. *Am. J. Psychiatr.*, 162: 924-30, 2005.
25. Noble EP, Blum K, Ritchie T, Montgomery A, Sheridan PJ. Allelic association of the D2 dopamine receptor gene with receptor-binding characteristics in alcoholism. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 48: 648-64, 1991.

26. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow up study. *Lancet*, 357:1929-32, 2001.
27. Kodl M, Fu S, Joseph A. Tobacco cessation treatment for alcohol-dependent smokers: when is the best time? *Alcohol Res Health*, 29:203-7, 2006.
28. Presman S. Intervenção intensiva e terapia de grupo. In: Giglotti A, Presman S. Atualização no tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: ABP Saúde, 27-51, 2006.
29. Bordin S, Figlie N, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca; 2004.