

CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM PACIENTES ASSISTIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA DO TABACO

Mariana Angela Rossaneis*
Regina Célia Bueno Rezende Machado**

RESUMO

O presente estudo, de caráter descritivo, procurou identificar o perfil socioeconômico e clínico dos pacientes assistidos no Centro de Controle do Tabagismo da Universidade Estadual de Londrina. A população do estudo foi constituída por doze tabagistas em tratamento da dependência do tabaco, no período de fevereiro a agosto de 2008. Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário com variáveis socioeconômicas, história tabagística e comorbidades clínicas. Também se utilizou a escala Hamilton para avaliação da depressão e o teste de Fagerström para determinação do grau de dependência da nicotina. Foi realizada análise descritiva das variáveis e dos escores das escalas utilizadas. A maior parte da população foi constituída de adultos jovens, com baixa escolaridade e baixa renda mensal que iniciaram o tabagismo na adolescência apresentavam alto grau de dependência da nicotina e sintomas de ansiedade e depressão. Neste grupo, oito pessoas (66,6%) obtiveram sucesso na cessação do tabagismo, dos quais quatro pessoas necessitaram de apoio medicamentoso para abandonar o vício. Encontramos, ainda, a presença de comorbidades clínicas prevalentes no grupo de pessoas que não conseguiu parar de fumar. Para a cessação do tabagismo é preciso uma intervenção multidisciplinar e acompanhamento integral do tabagista.

Palavras-chave: Tabagismo. Abandono do Uso de Tabaco. Transtorno por Uso de Tabaco.

INTRODUÇÃO

Atualmente o tabagismo é considerado um problema de saúde pública, em razão do alto número de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco⁽¹⁾. As evidências oriundas de países desenvolvidos, além de um número cada vez maior de estudos de países em desenvolvimento, sugerem que, aproximadamente, a metade de todos os fumantes morrerá devido ao tabagismo, dos quais a metade morrerá prematuramente, de vinte a trinta anos antes do esperado⁽²⁾.

No mundo inteiro, aproximadamente 80% dos óbitos que ocorrem entre 2,7 bilhões de adultos com mais de 30 anos relacionam-se às doenças vasculares e respiratórias e ao câncer. O fumo aparece associado com um aumento da frequência de muitas dessas enfermidades, ainda que existam importantes diferenças entre as populações e mesmo no interior delas⁽²⁾.

Hoje existem mais de 50 doenças relacionadas ao uso do tabaco, atingindo principalmente os aparelhos respiratório e cardiovascular e o desenvolvimento de

neoplasias malignas. Entre as repercussões socioeconômicas relacionadas à dependência do tabaco podem-se citar o desvio de renda (menos gastos com as necessidades básicas) e perda de produtividade (por retenção no leito, absenteísmo no trabalho, pensões, acidentes, assistência médica, invalidez e mortes precoces)⁽¹⁾.

As principais razões para o elevado contingente de fumantes são o fato de as doenças relacionadas ao tabaco serem crônicas, a propaganda veiculada pela indústria do tabaco, o baixo preço do tabaco e a dificuldade em deixar de fumar (a maioria dos fumantes é dependente da nicotina), além de aspectos sociais, econômicos e culturais associados⁽³⁾.

Das mais de 4.700 substâncias tóxicas encontradas no cigarro a nicotina é a responsável pela dependência química e física, além de causar tolerância, ou seja, a necessidade de doses progressivamente maiores para obter o mesmo efeito⁽⁴⁾. Por outro lado, estudos comprovam que as razões para os indivíduos fumarem não se restringem à dependência da nicotina, pois existem componentes comportamentais e psicossociais, ainda não bem-compreendidos,

* Enfermeira. Residente de Gerência de Serviços de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). E-mail: rossaneis@hotmail.com

** Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Enfermagem da UEL. E-mail: reginam_rezende@yahoo.com.br

cujo tratamento exige apoio de equipes multiprofissionais e programas de cessação de tabagismo para que se obtenha sucesso no abandono do vício⁽³⁾.

A população está cada vez mais consciente dos malefícios do cigarro e cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, no entanto apenas 3% o conseguem a cada ano⁽⁴⁾. Pesquisas realizadas com pacientes que pararam de usar o tabaco identificaram a necessidade da participação de profissionais de saúde das diferentes áreas e da população em geral na implementação de programas de apoio à cessação do tabagismo. Isso implica a necessidade de considerar esse hábito uma doença crônica, que pode envolver fases de remissão e recidiva, com a identificação de fatores que levam à recaída para melhor prepará-los para a próxima tentativa⁽⁵⁾.

Para combater o tabagismo no Brasil o Ministério da Saúde (MS) assumiu, através do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a função de coordenar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e outros fatores de risco de câncer, visando à prevenção de doenças na população por meio de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida que sejam saudáveis e contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças relacionadas ao tabaco no país.

No PNCT o INCA capacita as equipes coordenadoras dos estados, as quais, por sua vez, capacitam as equipes coordenadoras dos municípios para desenvolverem atividades de coordenação/gerência operacional e técnica do Programa.

No município de Londrina, no Paraná, os servidores da Universidade Estadual de Londrina (UEL), docentes e técnicos, receberam capacitação do INCA para possibilitar a implantação do Centro de Controle do Tabagismo junto ao Ambulatório do Hospital de Clínicas (AHC).

Sabe-se que no Brasil há poucos serviços públicos especializados no tratamento intensivo do fumante, e dados sobre as características dos pacientes que procuram esses serviços são escassos, embora se saiba que o conhecimento do público-alvo é fundamental para a estruturação dos programas de forma a atender às necessidades específicas dessa população⁽⁶⁾.

Entende-se que o reconhecimento do perfil socioeconômico e clínico dos usuários atendidos em centros de controle do tabagismo é fundamental para a avaliação das estratégias empregadas e a implementação das medidas utilizadas no tratamento dos tabagistas para aumentar as taxas de cessação do uso do tabaco e diminuir os índices de recaída. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo identificar o perfil socioeconômico e clínico de pacientes assistidos no Centro de Controle do Tabagismo do AHC da UEL.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo é de caráter descritivo e os dados foram levantados no Centro de Controle do Tabagismo do AHC da UEL. O AHC é vinculado ao Hospital Universitário da UEL, um hospital terciário, destinado a desenvolver e apoiar as atividades de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde.

A população do estudo foi constituída pelos usuários que compuseram o décimo primeiro grupo em tratamento nesse Centro, os quais totalizavam 12 pessoas. Os dados foram coletados até a quarta sessão, que corresponde a seis meses de tratamento, entre fevereiro a agosto, por abranger as sessões preconizadas pelo programa do INCA, sendo que as sessões seguintes são de manutenção para que o indivíduo não volte a fumar (anexo A).

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto, utilizando-se um questionário com questões referentes às variáveis socioeconômicas, à história tabagística e às comorbidades clínicas dos tabagistas (apêndice A). A associação entre depressão e tabagismo na população do estudo foi verificada pela escala de avaliação da depressão de Hamilton, que possui 17 itens, com escore máximo de 50, em que escores superiores a 25 identificam depressão grave, escores de 18 a 24 representam a faixa de depressão moderada, escores de 7 a 17 indicam depressão leve, e escores menores que 7 definem remissão do quadro ou ausência de depressão⁽⁷⁾.

A gravidade da dependência do tabaco foi avaliada pelo teste de Fagerström de dependência da nicotina. O escore do teste varia de 0 a 10 e o grau de dependência é categorizado

de acordo com o número total de pontos, a saber: muito baixo, de 0 a 2; baixo, de 3 e 4; médio, 5 pontos; elevado, de 6 e 7; e muito elevado, de 8 a 10⁽⁸⁾.

As questões referentes à Escala de avaliação da depressão de Hamilton e ao teste de Fagerström de dependência para com a nicotina foram coletadas durante a aplicação do questionário utilizado neste estudo.

Procedeu-se à análise estatística descritiva das variáveis com a utilização do programa *Microsoft Office Excel 2007*.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UEL, mediante o Parecer CEP 048/05, e teve o consentimento escrito dos participantes, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento para a cessação do tabagismo no AHC possui duração de um ano e neste período são realizadas dezesseis sessões grupais com abordagem cognitivo-comportamental, atendimento médico individual e suporte medicamentoso ao paciente, quando necessário.

A abordagem cognitivo-comportamental tem como objetivo a detecção de situações de risco que levam o indivíduo a fumar, desenvolvendo estratégias de enfrentamento dessas situações. O fumante vive situações rotineiras sem buscar o cigarro, aprendendo a resistir a vontade de fumar. Ele é estimulado a tornar-se um agente de mudanças de seu próprio comportamento⁽⁹⁾.

Os usuários assistidos neste centro são acompanhados por uma equipe multidisciplinar composta por médicos psiquiatras e pneumologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas. Estes profissionais receberam capacitação do INCA para a implantação do programa.

A análise dos dados socioeconômicos demonstrou que os participantes do estudo tinham idades entre 24 e 67 anos (mediana = 32 anos), sendo que oito pessoas (66,6%) estavam na faixa etária entre 30 e 40 anos, sete pessoas eram do sexo masculino (58,3%) e sete (58,3%) tinham apenas o Ensino Fundamental. Os achados desta pesquisa sobre a distribuição do tabagismo segundo idade, sexo e escolaridade concordam com a literatura, uma vez que as

maiores frequências de tabagistas têm sido observadas em homens jovens de baixa escolaridade^(10,11).

Quanto à situação trabalhista, duas pessoas estavam desempregadas (16,6%), uma pessoa (8,3%) exercia uma atividade não remunerada, dedicando-se aos afazeres do lar, uma pessoa (8,3%) era aposentada e oito (66,6%) exerciam atividade remunerada, seis (50%) das quais recebiam apenas um salário mínimo. Estudos científicos demonstram que os indivíduos mais pobres tendem a fumar mais. Para estes, o dinheiro gasto com tabaco representa um alto custo financeiro, deixando esse dinheiro de ser investido em bens fundamentais, como alimento para a família, educação e saúde. Além disso, o tabaco contribui para a pobreza dos indivíduos e de suas famílias. Considerando-se que os seus usuários provavelmente irão sofrer de enfermidades, haverá perda de produtividade e de renda, resultando em maiores despesas médicas e até em morte. O tabaco e a pobreza formam um círculo vicioso do qual é difícil escapar, a menos que os usuários do tabaco sejam encorajados e recebam o apoio necessário para a cessação⁽²⁾.

O início do uso do cigarro entre os participantes ocorreu na faixa etária entre treze e vinte anos (mediana = 14 anos) e a duração do hábito variou de onze a quarenta anos (mediana = 30 anos). As pesquisas realizadas com tabagistas têm mostrado que é na adolescência que se encontra o grupo de maior risco para o início do tabaco. Em 2004, um estudo realizado em 12 capitais brasileiras mostrou que a idade de experimentação é muito precoce em quase todos os grandes centros. A experimentação está associada à busca de identidade e de espaço no mundo adulto, o que ocorre na pré-puberdade. A indústria promove propagandas e outras estratégias de *marketing* que associam o ato de fumar ao rito de passagem para o mundo adulto e o cigarro como um ícone de amadurecimento e ideal de autoimagem, incentivando a experimentação⁽¹²⁾.

No grupo foram identificadas sete pessoas (58,3%) que relataram conviver com fumantes em casa, três pessoas (25%) tinham pais que fumam ou fumavam, de sete (58,3%) apenas o pai era fumante, de três (25%) apenas a mãe, e cinco pessoas (41,6%) possuíam filhos que

fumavam. Alguns autores têm demonstrado que o fumo dos pais pode ser um fator de risco para o tabagismo na adolescência. Pais fumantes não só geram modelo de comportamento para seus filhos, mas com frequência deixam o cigarro disponível no lar⁽⁹⁾.

As comorbidades clínicas encontradas na população do estudo foram hipertensão arterial, em quatro pessoas (33,3%), e diabetes *mellitus* em duas (16,6%). O risco da hipertensão arterial associada ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. A pressão arterial sistólica de hipertensos fumantes é mais elevada do que a de não fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Quanto aos portadores de diabetes *mellitus*, estudos comprovam que o risco de morbimortalidade prematura por complicações micro e macrovasculares associadas ao fumo é considerável; por isso os hipertensos e diabéticos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito, por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas^(13,14).

A determinação de parar de fumar da população do estudo teria sido motivada por vários fatores, os quais estão descritos na tabela 1.

Tabela 1 - Motivos que contribuíram para a cessação do tabagismo na população do estudo. Londrina, PR, 2008.

RAZÕES PARA PARAR DE FUMAR	Nº	%
Decisão do próprio indivíduo	10	83,3
Preocupação com a saúde	10	83,3
Restrição a ambientes fechados	10	83,3
Bem-estar familiar	7	58,3
Custo financeiro	7	58,3
Ser antissocial	7	58,3
Pressão de outros	2	16,6

No que diz respeito à busca pelo tratamento, a maioria dos tabagistas procurou o ambulatório voluntariamente, e os outros foram encaminhados por médico ou procuraram o ambulatório por sugestão de familiares. A mudança de comportamento está associada à reflexão, à vontade e à determinação pessoal. O profissional e os grupos familiares e sociais podem motivar, apoiar e auxiliar neste processo,

mas para o tratamento ser eficaz a decisão de mudar precisa ser assumida pelo indivíduo⁽⁵⁾.

A preocupação com a própria saúde foi citada pelos indivíduos e demonstra que as pessoas possuem consciência do malefício que o cigarro acarreta à sua saúde. O custo financeiro decorrente do tabagismo também foi um fator que interferiu na decisão de abandonar o vício, o que enfatiza a importância de políticas econômicas na redução do uso de tabaco.

Grande parte dos tabagistas expressou que a restrição de fumar em alguns ambientes e o incômodo de outras pessoas na presença de fumantes interferiram na decisão de deixar de fumar. A licitude do ato de fumar publicamente e o conhecimento de seus malefícios para o fumante passivo têm feito com que a sociedade se mobilize no sentido de se proibir o consumo de cigarro em recintos coletivos⁽¹⁶⁾. Um número cada vez maior de pessoas manifesta aversão ao tabaco e ao fumo passivo. Nos locais públicos onde o fumo ainda não foi proibido por lei, comumente ocorre a segregação dos fumantes⁽⁴⁾.

Os participantes do estudo também relataram as ocasiões em que fumam com maior frequência: sete pessoas (58,3%) associaram o fumo com a ingestão de bebidas alcoólicas, nove pessoas (75%) referiram sentir necessidade de fumar quando se sentem tristes e onze (91,6%) fumam mais quando estão ansiosos. Fumar após a refeição e após a ingestão de café foram hábitos citados por dez (83,3%) e nove pessoas (75%), respectivamente. Estes dados demonstram que os comportamentos associados ao ato de fumar constituem hábitos culturais que estão integrados ao cotidiano dos participantes e vinculados aos momentos de descontração ou de alívio da tensão⁽¹⁵⁾.

Os resultados da aplicação da Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton nos participantes do estudo são demonstrados na tabela 2.

Todos os tabagistas apresentaram sinais de depressão, sendo que a maior parte tinha diagnóstico de depressão moderada, segundo a escala de Hamilton. O hábito de fumar interfere diretamente no tratamento de transtornos psiquiátricos, uma vez que fumar atua de um modo complexo no humor, na ansiedade e a cognição. Fumar também diminui o efeito terapêutico e aumenta os efeitos colaterais de

várias medicações utilizadas na prática psiquiátrica. Tanto o uso quanto a abstinência da nicotina interferem nos principais sistemas de neurotransmissão envolvidos nos transtornos psiquiátricos. O uso do tabaco também influencia a relação entre os transtornos psiquiátricos e a mortalidade. A discussão da relação entre o tabagismo e outros transtornos psiquiátricos traz informações importantes para a prática clínica, resultando na produção de orientações que possibilitam condutas mais adequadas nos diversos contextos terapêuticos⁽¹⁶⁾.

Tabela 2 – Resultados da aplicação da Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton em um grupo de tabagistas assistidos no Centro de Controle do Tabagismo do AHC da UEL. Londrina, PR, 2008.

TIPO DE DEPRESSÃO	Nº	%
Grave	0	0
Moderada	11	91,7
Leve	1	8,3
Ausência de depressão	0	0
Total	12	100

Considerando-se que o estado de dependência é dinâmico e que as pessoas não podem ser classificadas simplesmente em dependentes ou não dependentes, pois é muito sutil a divisão entre uso abusivo de droga e o estado de dependência, é importante ter instrumentos para se mensurar a intensidade deste estado. Tal graduação tem implicações clínicas diretas, pois o sucesso terapêutico depende da superação do desequilíbrio entre a motivação do fumante em parar com o tabagismo e o grau de sua dependência. Assim, fumantes de consumo intenso apresentam menor motivação, pois têm menor confiança na sua capacidade de superar os sintomas de abstinência, por outro lado, fumantes leves podem ter baixa motivação, por acreditarem que poderão parar de fumar em qualquer momento no futuro. Para avaliar o grau de dependência para com a nicotina dos participantes do estudo utilizou-se o teste de Fagerstrom, que procura avaliar a magnitude do processo de tolerância/dependência estabelecida⁽⁹⁾.

Os resultados da aplicação do teste de Fagerström para avaliação da dependência de nicotina nos participantes do estudo são demonstrados na tabela 3.

Tabela 3 – Resultados da aplicação do teste de Fagerström para avaliação da dependência de nicotina em um grupo de tabagistas assistidos no Centro de Controle do Tabagismo do AHC da UEL. Londrina, PR, 2008.

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA	Nº	%
Muito elevado	5	41,7
Elevado	4	33,3
Médio	2	16,7
Baixo	1	8,3
Total	12	100

Os tabagistas apresentaram grau elevado e muito elevado de dependência da nicotina. A identificação dos pacientes pertencentes ao grupo de elevada dependência nicotínica é o objetivo principal da aplicação do teste de Fagerström, já que é provável que nesse grupo haja maior ocorrência e/ou gravidade da síndrome de abstinência, maior necessidade do tratamento de substituição e maior dificuldade de manter a abstinência em longo prazo. Os fumantes com elevada dependência, além da abordagem cognitivo-comportamental, necessitam de terapia mais intensa, inclusive farmacológica, para lograr êxito no abandono do tabagismo⁽¹⁷⁾.

Dentre os participantes do grupo, oito pessoas (66,6%) obtiveram sucesso na cessação do tabagismo, dos quais quatro eram homens e quatro, mulheres. Apesar de quatro pessoas não terem conseguido abandonar o vício, todas elas apresentaram uma redução significativa no consumo de cigarros (em média, cada indivíduo reduziu em 45% o número de cigarros consumidos por dia). Estas pessoas apresentaram maior dificuldade para cessar o tabagismo, principalmente devido aos sintomas da crise de abstinência da nicotina.

Metade do grupo que deixou de fumar necessitou de apoio medicamentoso para abandonar o vício. O apoio medicamentoso é prescrito de acordo com critérios referentes ao grau de dependência física da nicotina, e a associação da farmacoterapia com a abordagem cognitivo-comportamental mostrou-se eficaz para algumas pessoas no abandono do tabagismo. A farmacoterapia pode ser utilizada como um apoio, em situações bem-definidas, para alguns pacientes que desejem parar de fumar. Ela tem a função de facilitar a abordagem

cognitivo-comportamental e nunca deve ser utilizada isoladamente⁽¹⁸⁾.

No que se refere à presença de comorbidades psiquiátricas, dentre os indivíduos que conseguiram parar de fumar, uma pessoa possuía depressão leve (12,5%) e as outras sete tinham depressão moderada (87,5%). Os fumantes que possuem comorbidades psiquiátricas apresentam um maior risco de manifestação ou intensificação dos sintomas da comorbidade na fase de síndrome de abstinência e, conseqüentemente, maior dificuldade em obter e manter a abstinência da nicotina e em aderir ao tratamento⁽¹⁸⁾.

Em relação ao grau de dependência da nicotina, uma pessoa que deixou de fumar (12,5%) tinha grau leve de dependência, seis tinham grau moderado (75%), enquanto apenas uma pessoa (12,5%) com muito elevado grau de dependência da nicotina conseguiu superar o tabagismo.

Todas as pessoas que não conseguiram abandonar o tabaco relataram ter dificuldade em superar os efeitos causados pela crise de abstinência, principalmente a irritabilidade e a ansiedade. Nestes casos a abordagem cognitivo-comportamental deve possibilitar apoio durante o processo de cessação, oferecendo orientações para que o indivíduo possa lidar com a síndrome de abstinência, a dependência psicológica e os comportamentos associados ao hábito de fumar⁽¹⁹⁾.

Apenas uma pessoa com comorbidade clínica associada ao tabagismo conseguiu abandonar o vício. A perspectiva de melhora da condição clínica deve ser utilizada como fator de incentivo e estratégia motivacional de abandono do tabagismo entre os fumantes, principalmente para os que possuem comorbidades associadas⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou as características de um grupo de tabagistas que buscou tratamento no Centro de Controle do Tabagismo do AHC da UEL. A maior parte da população foi constituída por adultos jovens, de baixa escolaridade e baixa renda mensal, que iniciaram o tabagismo na adolescência e apresentavam alto grau de dependência da nicotina e sintomas de ansiedade e depressão. Encontramos, ainda, uma presença significativa de comorbidades clínicas no grupo que não conseguiu vencer o vício.

Apesar de quatro pessoas não terem conseguido parar de fumar, é importante salientar que estas pessoas apresentaram uma significativa diminuição no número de cigarros consumidos por dia, o que resulta em repercussão benéfica sobre a saúde delas e dos que com elas convivem.

Parar de usar tabaco resulta em melhoras na saúde e na qualidade de vida do indivíduo e das pessoas que convivem com ele. Quando a pessoa consegue deixar de fumar, logo começa a sentir os benefícios da sua atitude, como o aumento da capacidade pulmonar, melhora da disposição física e redução do risco de doenças cardiovasculares, enfisema pulmonar e diversos tipos de câncer.

Sabemos que deixar de fumar não é uma tarefa fácil, mas com a ajuda de uma equipe multiprofissional que forneça suportes, esse caminho pode ser menos árduo e as chances de sucesso são maiores. Consideramos que a realização de grupos utilizando a abordagem cognitivo-comportamental possibilita ao indivíduo uma condição de mudança de comportamento e domínio em relação ao ciclo da dependência de substâncias.

TOBACCO CESSATION ON PATIENTS ASSISTED IN AN AMBULATORY OF TOBACCO DEPENDENCE TREATMENT

ABSTRACT

This is a descriptive study which identified the clinical and socioeconomic profile of patients in the Center for Tobacco Control at Londrina State University. The studied population consisted of twelve smokers in treatment between February and August 2008. Data were collected from the application of an instrument containing a questionnaire with socioeconomic variables, smoking history, medical comorbidity. The Hamilton scale in order to evaluate the depression, and the Fagerström test to determine the nicotine dependence degree were used. A descriptive statistical analysis of the variables and the scores of the used scales were studied. Most of the population consisted of young adults with low education level, low income, who started smoking during adolescence, with a high degree of nicotine dependence and symptoms of anxiety and depression. In this group, eight individuals (66.6%) succeeded in their efforts to stopping smoking; four of

them needed medical assistance to fight the addiction. The presence of clinical comorbidity in the group that could not to stop smoking was found. It is believed that for tobacco cessation is required a multidisciplinary intervention and an integral follow-up of smokers.

Keywords: Smoking. Tobacco use Cessation. Tobacco Use Disorder.

CESACIÓN DEL TABAQUISMO EN PACIENTES ASISTIDOS EN UN AMBULATORIO DE TRATAMIENTO DE DEPENDENCIA DEL TABACO

RESUMEN

El presente estudio, de carácter descriptivo, buscó identificar el perfil clínico y socioeconómico de los pacientes asistidos en el Centro de Control del Tabaquismo de la Universidad Estatal de Londrina. El grupo de estudio fue constituido por doce tabaquistas en tratamiento de la dependencia del tabaco, en el período de febrero a agosto de 2008. Los datos fueron recogidos a partir de la aplicación de un cuestionario con variables socioeconómicas, historia tabaquística y comorbidades clínicas. También se utilizó la escala de Hamilton para evaluación de la depresión y el test de Fagerström para la determinación del grado de dependencia de la nicotina. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y de las puntuaciones de las escalas utilizadas. La mayor parte de los pacientes fue constituida por adultos jóvenes, con bajo nivel de educación y de baja renta mensual que comenzaron a fumar durante la adolescencia, con un alto grado de dependencia de la nicotina y con síntomas de ansiedad y depresión. En este grupo, ocho personas (66,6%) obtuvieron éxito en la cesación del tabaquismo, de los cuales cuatro personas necesitaron de apoyo con medicamentos para abandonar el vicio. Encontramos, aun, la presencia de comorbidades clínicas predominante en el grupo de personas que no consiguió parar de fumar. Para la cesación del tabaquismo es necesario una intervención multidisciplinaria y acompañamiento integral del tabaquista.

Palabras claves: Tabaquismo. Cese del Uso de Tabaco. Transtorno por Uso de Tabaco.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pneumologia. Tabagismo: parte I. Rev Assoc Med Bras. [internet]. 2010. [acesso 2011 maio 28];56(2):134-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302010000200005&lng=en. doi: 10.1590/S0104-42302010000200005.
2. Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento. Banco Mundial. Controle do Tabagismo no Brasil. Washington (DC); 2007.
3. Santos UP. Cessação de tabagismo: desafios a serem enfrentados. Rev Assoc Med Bras. 2009;55(5):500-1.
4. Balbanil APS, Mantovani JC. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005;71(6):820-7.
5. Instituto Nacional de Câncer. Ações para promoção da cessação do tabagismo. [internet]. 2004. [acesso 2011 jun 01]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/2a_mostra/acoes_promocao_cessacao_tabagismo.pdf
6. Echer IC, Barreto SSM. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. Rev Latino-am Enfermagem. 2008;16(3):1-7.
7. Caram LMO, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Santos MR, et al. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. J bras pneumol. 2009;35(10):980-5.
8. Calil HM, Pires MLN. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. Rev Psiquiatr Clin. 1998;25(5):240-44.
9. Otero UB, Perez CA, Szklo M, Esteves GA, Pinho MM, Szklo AS, et al. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública 2006;22(2):439-49.
10. Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas ACC, Silva CAR, et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. J bras pneumol. [internet] 2004. [acesso 2011 jun 1];30(supl 2):1-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132004000800002&lng=en. doi: 10.1590/S1806-37132004000800002.
11. Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2005;39:738-45.
12. Peixoto MRG, Monego ET, Alexandre VP, Souza RGM, Moura EC. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24:1323-33.
13. Ministério da Saúde. Vigilância de tabagismo em escolares: dados e fatos de 12 capitais brasileiras. Brasília (DF); 2004.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília (DF); 2006.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília (DF); 2006.
16. Franco FCZ, Arreguy-Sena C, Stuchi RAG. Avaliação de danos cardiovasculares segundo Framingham entre tabagistas internados numa instituição particular. Cienc. Cuid. Saude 2008 jan/mar;7(1):13-20.
17. Malbergier A, Oliveira HP Jr. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. Rev psiquiatr clín. 2005;32(5):276-82.

18. Halty LS, Huttner MD, Oliveira NIC, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do questionário de tolerância de Fagerström como instrumento de medida da dependência nicotínica. *J Pneumol*. 2002 jul/ago;28(4):180-86.
19. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do fumante. Rio de Janeiro; 2001.
20. Mazoni CG, Fernandes S, Pierozan PS, Moreira P, Freese L, Ferigolo M, et. al. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. *Estud de Psicol*. 2008 set;13(2):133-40.
21. Issa SJ, Perez GH, Diamant J, Zavattier AG, Oliveira KU. Efetividade da Bupropiona no tratamento de pacientes tabagistas com doença cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2007 abr;88(4):434-40.

Endereço para correspondência: Mariana Angela Rossaneis. Av. Brasília nº1100. Jd Vale Verde, CEP: 86600-970, Rolândia, Paraná.

Data de recebimento: 14/02/2010

Data de aprovação: 23/05/2011