

4.01.01 – Medicina /Clínica Médica

PERFIL DE FUMANTES ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO PARA TRATAMENTO DE TABAGISMO

Aline F. A. de Almeida¹, Marta E. Kalil²

1. Estudante da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS-PUC/SP)
2. Professora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (FCMS-PUC/SP) - Departamento de Clínica Médica/Orientadora

Resumo

O controle do tabagismo é uma prioridade da saúde pública, uma vez que o tabaco é a maior causa de mortalidade prevenível. O tabagismo é um comportamento multifatorial e um fator de risco para patologias diversas. O objetivo do estudo visa caracterizar o perfil comportamental dos fumantes atendidos no Ambulatório de Tabagismo da Faculdade de Medicina de Sorocaba para a cessação do tabagismo. Os dados foram coletados a partir de atendimentos realizados entre 2016 e 2020, uma amostra de 217 indivíduos. Esta avaliação foi realizada com questionário padronizado para identificar dependência comportamental, psicológica e física; prevalência de doenças tabaco associadas, comorbidades prévias.

Os resultados do presente estudo mostraram que a maioria desses tabagistas era do sexo feminino, com baixo grau de escolaridade, sem diagnóstico prévio de DPOC, com início precoce do tabagismo, faixa etária de 40 a 60 anos, grau elevado de dependência e grau de motivação moderado.

Autorização legal: 11121319.3.0000.5373

Palavras-chave: Comportamento; Tabaco; Dependência.

Apoio financeiro: PIBIC – CNPq.

Trabalho selecionado para a JNIC: PUCSP

Introdução

O controle do tabagismo é uma prioridade da saúde pública, uma vez que o tabaco é a maior causa de mortalidade que pode ser prevenida ⁽¹⁾. Considerado uma epidemia mundial, estima-se que aproximadamente cinco milhões de pessoas morram a cada ano em consequência das doenças relacionadas ao tabaco. A previsão é que ocorram cerca de 10 milhões de mortes/ano no mundo em 2030 por este motivo. No Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes por ano em consequência do tabagismo ⁽²⁾.

Ações nacionais, como o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, têm sido feitas para diminuir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade no Brasil, reduzir a exposição à fumaça do tabaco ⁽³⁾.

O tabagismo é um comportamento multifatorial influenciado por estímulos ambientais, hábitos pessoais, aspectos psicossociais. Esses estímulos podem ser originados por diversas fontes, como a publicidade, a acessibilidade devido aos baixos preços dos cigarros, a aceitação social, o exemplo dos pais e de líderes fumantes, a tendência pessoal a outras adições, a depressão, além da hereditariedade. Esses fatores podem constituir o modelo que explica o comportamento aditivo. ⁽⁴⁾

Esse hábito é fator de risco para patologias diversas, como neoplasia de laringe ⁽⁵⁾ e de pulmão ⁽⁶⁾; e compromete a função reprodutiva em diferentes fases, por atuar, principalmente, sobre o desenvolvimento do conceito ⁽⁷⁾. Desde 1950, há evidências comprovadas do prejuízo à saúde causado por esse hábito ⁽⁸⁾.

No ambulatório de cessação ao tabagismo, o fumante foi submetido a uma avaliação clínica, para identificar seu perfil de dependência comportamental, psicológica e física, alterações funcionais pulmonares, doenças relacionadas ao tabaco, contraindicações e interações medicamentosas durante o tratamento da dependência. Essa avaliação deve incluir a história tabágica, o grau de dependência à nicotina avaliado pela Escala de Fagerström ^(9,10), o grau de motivação pelo Teste de Richmond ⁽¹¹⁾.

A caracterização do perfil do paciente por este estudo é de grande importância para o aprimoramento do atendimento aos pacientes.

O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil comportamental dos fumantes atendidos no Ambulatório de Tabagismo da Faculdade de Medicina de Sorocaba para a cessação do tabagismo.

Metodologia

Foram avaliados retrospectivamente os dados coletados durante a avaliação para a admissão no Ambulatório de Tabagismo da Faculdade de Medicina de Sorocaba, Pontifícia Universidade Católica de São

Paulo, no período entre 2016 e 2020, com uma amostra de 217 indivíduos que procuraram o serviço gratuito no período. Os pacientes foram atendidos no Ambulatório com questionário padronizado e foi avaliado o perfil de dependência comportamental, psicológica e física. Os questionários foram analisados, e os seguintes dados foram avaliados: história tabágica, estágios comportamentais, história social e familiar, grau de dependência à nicotina por meio do questionário de Fagerström (muito baixo: 0-2; baixo: 3-4, médio: 5; elevado: 6-7 e muito elevado: 8-10), grau de motivação para abandonar o comportamento atual de acordo com o Teste de Richmond (avaliação quantitativa da motivação com quatro questões e uma pontuação final: 0 a 6 pontos – motivação baixa; 7 a 9 pontos – motivação moderada; e 10 pontos – motivação alta), tentativas anteriores de cessação do tabagismo e recursos utilizados previamente.

Foram avaliadas a prevalência de doenças tabaco associadas, e considerado como comorbidades os diagnósticos e tratamentos prévios realizados por médico.

A busca de DPOC e Neoplasia Pulmonar foi realizada para todos os pacientes.

Os dados foram coletados em um questionário padronizado, e durante a consulta no ambulatório, o autor, em conjunto com a Dra. Marta Kalil e os residentes da área de Pneumologia do hospital em questão, realizaram consulta estruturada avaliando comorbidades e história tabágica acrescida de investigação, através de escalas, como do estágio de motivação (Teste de Richmond) e grau de dependência à nicotina (Escala de Fagerström).

O estudo foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da PUC-SP para aprovação. A coleta de dados foi retrospectiva e ocorreu de acordo com parâmetros éticos.

Os dados foram inseridos em uma tabela de Excel (versão 15.26, Microsoft Office, Redmond, Washington, USA). Pacientes com Teste de Richmond > 8 foram classificados como altamente motivados e, em contrapartida, aquele com score ≤ 5 são ditos hipomotivados a desistir. Aqueles com scores iguais 6, 7 ou 8 foram considerados moderadamente motivados.

Aqueles com teste de Fagerström ≥ 7 são considerados altamente adictos; os testes ≤ 2 como não adictos; os resultados iguais a 3, 4, 5 ou 6 como pouco adictos. Não obstante, foram analisadas as relações entre idade, anos de tabagismo, sinais clínicos e teste de Richmond e Fagerström, para avaliação da motivação e grau de dependência a nicotina respectivamente.

Resultados e Discussão

Após a análise dos dados obtidos, observou-se que em relação ao gênero, a distribuição em percentagem dos pacientes constatou que a maioria dos pacientes (55%) são do sexo feminino e a minoria (45%) do sexo masculino. A predominância de fumantes do gênero feminino entre os ingressantes em programas de cessação do tabagismo foi também verificada em outros estudos nacionais; essa predominância foi de 65,6% em um estudo que avaliou o perfil dos tabagistas no Ceará, de 62% em outro estudo no Rio Grande do Sul e de 58% em um estudo em São Paulo. ^(12,13,14)

Quanto à distribuição do grau de escolaridade dos pacientes, é possível avaliar que a maioria dos tabagistas que procuram o serviço apresentam baixo grau de escolaridade. Em um estudo realizado na China, verificou-se que indivíduos com nenhuma escolaridade têm uma probabilidade cerca de sete vezes maior de serem fumantes do que indivíduos com nível superior e, no Brasil, essa probabilidade é cinco vezes maior. ⁽¹⁵⁾ Fatores sociais e as estratégias para expansão de mercado da indústria do tabaco, que estimulam o consumo e facilitam o acesso ao cigarro, contribuem para um maior consumo de tabaco pelas populações de baixa renda e escolaridade. ⁽¹⁶⁾

Em relação a distribuição do estado civil dos pacientes, nota-se que 43,7% são casados.

Quando avaliado presença de diagnóstico prévio de DPOC, somente 18,9% dos pacientes possuem o diagnóstico. Porém, 83,9% dos pacientes declararam possuir queixas de DPOC. Esses dados estão de acordo com as dificuldades diagnósticas de DPOC, que é pouco investigada mesmo em populações com maiores chances de desenvolver a doença. A prevalência da DPOC aumentou em todo o mundo e a doença é agora considerada a terceira principal causa de morte. ^(17,18) No Brasil, a taxa global de mortalidade da DPOC tendeu a aumentar entre 1998 e 2004 e a diminuir de 2004 para 2009. De 1998 a 2004, a taxa aumentou em todas as regiões do país e então diminuiu, porém apenas nas regiões Sul e Sudeste. ⁽¹⁹⁾ O comportamento da taxa de mortalidade da DPOC ajustada pela idade foi semelhante ao da taxa global. ⁽²⁰⁾

Foi demonstrado uma tendência de início precoce do tabagismo, sendo 38,7% dos pacientes entrevistados começaram a fumar com idade menor que 13 anos. 28,1% iniciaram o tabagismo entre 14 e 15 anos e apenas 14,7% começou o uso de tabaco após os 20 anos de idade. A maior parte (53%) dos pacientes entrevistados no estudo apresentou idade entre 40 e 60 anos. A busca de cessação ao tabagismo ocorre em idade igual ou superior há 40 anos em indivíduos que iniciaram o hábito de fumar tabaco entre 13 e 15 anos de idade em sua maioria.

Nesse período desenvolveram doenças tabaco associadas e importante grau de dependência à nicotina, sendo 95,6% dos pacientes apresentam dependência comportamental e 97,5% apresentam dependência psicológica.

Em relação as características gerais dos fumantes, através da Escala de Fagerstrom, notou-se que apenas 24% dos pacientes apresentaram grau de dependência à nicotina muito baixo (0 a 2 pontos) ou baixo (3 a 4 pontos). 39% dos pacientes apresentaram pontuação 6 ou 7 na Escala de Fagerstrom, caracterizando grau de dependência à nicotina elevado, e 21% dos pacientes tiveram pontuação entre 8 e 10 pontos, indicando dependência nicotínica de grau muito elevado. Apenas 1% dos pacientes declarou que parou de fumar, antes do início do tratamento.

A avaliação do grau de motivação a cessar o tabagismo, através do Teste de Richmond, 57% dos pacientes

apresentaram motivação moderada em cessar o tabagismo (7 a 9 pontos) e 19% manifestaram grau de motivação alto, com 10 pontos. 1% dos pacientes já havia parado de fumar na ocasião da aplicação do Teste de Richmond, por isso a escala não se aplicava.

Em relação às doenças associadas ao tabaco avaliadas nos pacientes, 6% apresentava úlcera de boca, 12% gengivites, 12% insuficiência coronariana, 33% úlcera péptica/gastrite, 15% insuficiência arterial de membros inferiores e 14% neoplasia.

Observou-se que dos 217 pacientes avaliados, 20% apresentavam diabetes mellitus e 35% hipertensão arterial. Além disso, 26% apresentavam diagnóstico de depressão, 39% transtorno de ansiedade e 16% apresentavam alcoolismo. É importante destacar que apenas 8 dos 217 pacientes não apresentavam comorbidades. A maior parte dos pacientes avaliados possuía 2 ou mais comorbidades.

Conclusões

Em conclusão, os resultados do presente estudo mostraram que a maioria dos tabagistas que procurou o atendimento para cessação ao tabagismo era do gênero feminino, faixa etária de 40 a 60 anos, apresentava baixo grau de escolaridade, já realizava tratamento prévio para pelo menos duas comorbidades, sem diagnóstico prévio de DPOC, relatava início precoce do hábito de fumar tabaco, grau elevado de dependência á nicotina e moderado grau de motivação para a cessação ao tabagismo.

Referências bibliográficas

1. American Lung Association. Freedom from Smoking Online. [online]. Disponível em: < <https://www.lung.org/stop-smoking/smoking-facts/health-effects-of-smoking.html> >. Acesso em: 22 março 2019.
2. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks and Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. [online]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Acesso em: 22 março 2019.
4. Araújo Alberto José de, Menezes Ana Maria B., Dórea Antônio José Pessoa Silva, Torres Blancard Santos, Viegas Carlos Alberto de Assis, Silva Celso Antônio Rodrigues da et al . Diretrizes para Cessação do Tabagismo. J. bras. pneumol. [Internet]. 2004 Aug [cited 2019 Mar 24] ; 30(Suppl 2): S1-S76. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000800002&lng=en.
5. Pedrolo Hortense, FT, Sampaio Carmagnani, MI, Passarella Brêtas, AC. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2008;61(1):24-30. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019608005>
6. Ezzati, M., & Lopez, A. D. (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. The Lancet, 362(9387), 847–852.
7. Mello Paulo Roberto Bezerra de, Pinto Gilberto Rodrigues, Botelho Clovis. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2001 Aug [cited 2019 Mar 24] ; 77(4): 257-264. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572001000400006&lng=en.
8. Peto, R. "Smoking and death: the past 40 years and the next 40" BMJ (Clinical research ed.) vol. 309,6959 (1994): 937-9.
9. Fagerstrom, K.-O., & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Journal of Behavioral Medicine, 12(2), 159–182.
10. WEBER Caroline Francieli, HATSCHBACH Patricia, PITHAN Sílvia Ataíde, DULLIUS Angela Isabel dos Santos. Measure nicotine dependence by the fagerström test for nicotine dependence. RGO, Rev. Gaúch. Odontol. [Internet]. 2017 Sep [cited 2019 Mar 24] ; 65(3): 208-215. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372017000300208&lng=en.
11. Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O'Neal, P. V., Keane, K. A., ... Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation–Sedation Scale. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 166(10), 1338–1344.
12. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FS, Jardim JR. Profile of smokers seeking a smoking cessation program. J Bras Pneumol. 2008;34(9):695-701.
13. Haggström FM, Chatkin JM, Cavalet-Blanco D, Rodin V, Fritscher CC. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. J Pneumol. 2001;27(5):255-61.
14. Sales MP, de Figueiredo MR, de Oliveira MI, de Castro HN. Outpatient smoking cessation program in the state of Ceará, Brazil: patient profiles and factors associated with treatment success. J Bras Pneumol. 2006;32(5):410-7.
15. European Commission. World Health Organization. World Bank World Bank, organizers. Tobacco & Health in the Developing World - A Background paper for the High Level Round Table on Tobacco Control and Development Policy. Brussels: World Health Organization; 2003
16. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c1996-2008 [updated 2006 Oct 24; cited 2008 Jan 8]. Cavalcante T, Pinto M. Considerações sobre Tabaco e Pobreza no Brasil: Consumo e Produção do Tabaco. [Adobe Acrobat document, 33p.] Available from: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tabaco_pobreza.pdf
17. Burney PG, Patel J, Newson R, Minelli C, Naghavi M. Global and regional trends in COPD mortality, 1990-2010. Eur Respir J. 2015;45(5):1239-47. <https://doi.org/10.1183/09031936.00142414>
28. World Health Organization [serial on the Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [updated 2018 May 24; cited 2018 Sep 17]. The top 10 causes of death. [about 9 screens]. Available from: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
19. Graudenz GS, Gazotto GP. Mortality trends due to chronic obstructive pulmonary disease in Brazil. Rev Assoc Med Bras (1992). 2014;60(3):255-61. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.03.015>
20. José BPS, Corrêa RA, Malta DC, Passos VMA, França EB, Teixeira RA, et al. Mortality and disability from tobacco-

related diseases in Brazil, 1990 to 2015. Rev Bras Epidemiol. 2017;20Suppl 01(Suppl 01):75-89. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050007>