

FATORES ASSOCIADOS A NÃO CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM PARTICIPANTES DO GRUPO DE TERAPIA DE UM CENTRO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

FACTORS ASSOCIATED WITH NON SMOKING CESSATION IN THE PARTICIPANTS OF THERAPY GROUP A HEALTH CENTER OF THE FEDERAL DISTRICT

Regiane Costa Martins dos Reis¹, Renata Costa Fortes^{1,2}

Resumo: O objetivo deste estudo foi identificar os fatores relacionados ao insucesso na tentativa de cessação tabágica de pacientes atendidos em um Centro de Saúde do Distrito Federal. Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo realizado no ambulatório de tabagismo do Centro de Saúde nº 02 de Santa Maria-DF. A amostra foi composta pela avaliação de fichas clínicas de 100 participantes das terapias antitabagismo realizadas no período de 2008 a 2011, contendo os seguintes dados: sexo, religião, idade de início do tabagismo, Testes de Fargestrom e Richmond, presença de depressão e ansiedade, associação do tabagismo com álcool e outras drogas, doenças relacionadas ao tabagismo, convivência com fumantes, motivos para abandono do vício e doenças psiquiátricas. Observou-se que 60% dos participantes eram mulheres, a religião predominante foi católica com 65%, a idade de início do tabagismo que prevaleceu foi de 5 a 15 anos com 66%, 74% possuíam o grau de dependência elevado, 81% estavam muito motivados, 21% tiveram depressão grave, 69% desenvolveram ansiedade, 34% associavam o tabagismo com álcool e outras drogas, 45% possuíam alguma doença relacionada ao tabagismo, 87% conviviam com fumantes, 100% dos participantes procuraram ajuda por se preocuparem com a saúde e 23% possuíam alguma doença psiquiátrica. O tratamento antitabagismo é imprescindível, porém fatores como a síndrome da abstinência, depressão, convivência com fumantes, grau de dependência, ansiedade e baixa motivação em participar das terapias podem influenciar a não adesão ao tratamento e a não cessação do tabagismo para os que continuaram até o término das terapias.

Palavras-chave: Tabagismo, ansiedade, depressão.

Abstract: The objective of this study was to identify factors related to the lack of success in smoking cessation in patients accompanied in a Health Centre of the Federal District. This is a retrospective study performed at the clinic of analytical smoking Health Center No. 02 Santa Maria-DF. The sample for the evaluation of medical records of 100 participants of the anti-smoking therapies in the period 2008 to 2011 containing the following data: sex, religion, age of smoking initiation, and Richmond Fargestrom tests, presence of depression and anxiety, the association of smoking with alcohol and other drugs, smoking-related diseases, living with smokers, reasons for quitting, and psychiatric diseases. We observed that 60% of participants were women, the predominant religion was Roman Catholic 65%, age of smoking initiation prevailed 5 to 15 years with 66%, 74% had a high degree of dependence, 81% were very motivated, 21% had severe depression, 69% developed anxiety, 34% associate smoking with alcohol and other drugs, 45% had some disease related to smoking, 87% lived with smokers, 100% of the participants sought help because they concerned with health and 23% had a psychiatric illness. The anti-smoking treatment is essential, but factors such as withdrawal syndrome, depression, living with smokers, level of addiction, anxiety and low motivation to participate in therapies can influence non-adherence to treatment and non-termination for which continued until the completion of therapy.

Key words: Smoking, anxiety, depression.

¹Curso de Enfermagem, Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires (FACESA), Valparaíso de Goiás – GO. ²Curso de Nutrição, Universidade Paulista (UNIP), Brasília – DF.

Endereço para correspondência: Prof^a Dr^a Renata Costa Fortes. QI 14. CJ J. CS 26. Guará 1 - DF. CEP: 71015-100. Telefone: (61) 8101-8555. E-mail: fortes.rc@gmail.com

Recebido em: 04/07/2012. Aceito em: 04/08/2012

Introdução

O tabagismo tem sido responsável por cerca de 40% a 45% de todas as mortes causadas por neoplasias malignas. Quando se trata de câncer de pulmão esse número chega até 95% dos óbitos por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC¹.

Estimativas apontam que os óbitos decorrentes do tabagismo representam 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a 10 mil mortes por dia. Caso o consumo seja mantido, esses números aumentarão para cerca de 10 milhões de mortes por ano em todo o mundo em 2020².

A Organização Mundial de Saúde – OMS¹ considera o tabagismo como a principal causa de doença e morte evitável em todo o mundo, sendo que o tabaco fumado em uma de suas formas ocasiona até 90% de todos os cânceres de pulmão e é um fator de risco para várias outras doenças.

A nicotina, um dos principais componentes do tabaco, é considerada uma droga psicoativa que causa dependência. Ela atinge, em apenas nove segundos, o sistema nervoso central (SNC). Por esse motivo, o tabagismo está inserido no Código Internacional de Doenças (CID) no grupo dos Transtornos Mentais e de Comportamento por uso de substâncias psicoativas (CID 17.0)².

Os sintomas da abstinência da nicotina têm sido apontados como a principal razão pela qual apenas 5% a 10% dos fumantes conseguem parar de fumar sem auxílio³. A procura de tratamento para cessação tabágica está associada à presença de doenças relacionadas ao tabaco, sendo um dos grandes fatores de motivação para o sucesso no tratamento⁴.

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores relacionados a não cessação do tabagismo em participantes de terapia

antitabagismo de um Centro de Saúde referência de Brasília - Distrito Federal.

Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo realizado no Centro de Saúde nº 02 de Santa Maria – DF, onde foram analisadas 100 fichas clínicas dos participantes do grupo de terapia antitabagismo no período de abril a maio de 2012.

No ambulatório de tabagismo do Centro de Saúde nº 02 de Santa Maria – DF é realizada a abordagem intensiva aos fumantes que desejam parar de fumar, sendo feita em grupos ou individualmente por meio de sessões estruturadas, cada uma com um tema e roteiro específicos.

Aos pacientes que apresentam alto grau de dependência física à nicotina é oferecida a reposição de nicotina e o apoio medicamentoso que têm por finalidade reduzir a síndrome da abstinência e facilitar a abordagem cognitivo-comportamental.

Durante o tratamento, o paciente faz uso da reposição de nicotina por meio de adesivos transdérmicos, goma de mascar e pastilhas. Também é utilizada a Bupropiona, medicamento que simula a ação da nicotina, disponibilizada para administração oral em dose de 150 mg e a Vareniclina em doses de 0,5 e 1,0 mg administrados conforme prescrição médica.

Foram selecionadas para a análise das fichas clínicas aquelas entre 2008 e 2011 que continham obrigatoriamente os seguintes dados: sexo, idade de início do tabagismo, religião, convivência com fumantes, Teste de Fargestron (que avalia o grau de dependência), Teste de Richmond (que avalia a motivação em parar de fumar), presença de ansiedade e depressão e

seus níveis, doenças associadas ao tabagismo (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças respiratórias, gastrite, úlceras gástricas, câncer, dentre outras). Foram excluídas as fichas clínicas que possuíam informações incompletas, ilegíveis e de difícil entendimento.

A análise estatística descritiva dos resultados encontrados foi realizada por meio de médias e frequências, utilizando-se o programa Microsoft® Office Excel versão 2007.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/FEPECS/SES-DF) sob o protocolo nº 106/12.

Resultados e Discussão

Ao analisar as 100 fichas clínicas, evidenciou-se que 60% (n=60) dos participantes eram mulheres, a religião predominante foi católica com 65% (n=65), sendo que 31% (n=31) disseram ser de outras religiões ou não professarem nenhuma fé e 4% afirmaram ser evangélicos (Figura 1).

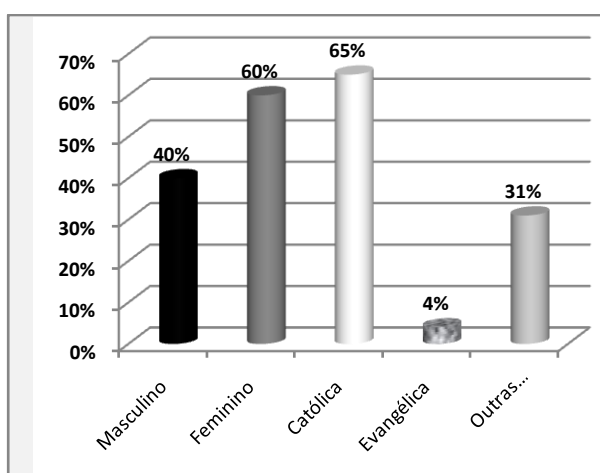


Figura 1 - Sexo e religião dos participantes de terapia antitabagismo do Centro de Saúde nº 02 de Santa Maria - DF assistidos entre 2008 e 2011 (n=100).

Observou-se que 66% dos participantes iniciaram o tabagismo entre cinco e 15 anos,

74% possuíam o grau de dependência elevado, 21% tiveram depressão grave e 69% desenvolveram ansiedade (Tabela I).

Ao fumar pela primeira vez ocorre a sensibilidade inicial que é expressa por sintomas desagradáveis como: tonturas, náuseas, vômitos e cefaléia. Além desses sintomas, nas pessoas que apresentam hipersensibilidade à nicotina, ocorrem também suores frios, palidez e diarreia⁵.

Segundo Rosemberg⁶, jovens que possuem depressão, na maioria das vezes, recorrem ao cigarro e desenvolvem intensa dependência à nicotina. Estimativas apontam que cerca de 30% dos tabagistas podem ter história de depressão.

No presente estudo, averiguou-se que 81% dos participantes estavam motivados em parar de fumar, 100% procuraram ajuda devido à preocupação com a saúde, 87% conviviam com fumantes, 34% associavam o tabagismo ao álcool e outras drogas e 45% possuíam alguma doença relacionada ao tabagismo (Tabela I).

A nicotina aumenta a liberação de catecolaminas, o que causa vasoconstrição, acelerando a frequência cardíaca, com conseqüente hipertensão arterial e maior adesividade plaquetária. Juntos, o monóxido de carbono e a nicotina provocam diversas doenças cardiovasculares e respiratórias. Além disso, ela estimula a produção de ácido clorídrico podendo causar úlcera gástrica e, no pulmão, contribui para a liberação de substâncias quimiotóxicas que podem estimular um processo de destruição da elastina, provocando assim o enfisema pulmonar⁷.

Ao pesquisar os pacientes com doenças psiquiátricas, identificou-se que a prevalência de desistência por parte daqueles que tinham esquizofrenia foi de 100%. O percentual de não cessação do tabaco foi de 19,3% dos participantes, desses, citam-se aqueles que tinham depressão grave, grau de motivação

baixo, ansiedade elevada e que declararam não professarem nenhuma fé. Esses dados concordam com Rosemberg⁶ quando afirma que a prevalência de tabagistas entre os esquizofrênicos é de 90%, porém a recaída é muito frequente naqueles que “pararam” de fumar.

Tabela I. Características dos participantes de terapia antitabagismo do Centro de Saúde nº 02 de Santa Maria – DF, entre 2008 e 2011 (n=100).

Variáveis	Nº	*f%p
Idade de início do tabagismo		
De 5 a 15 anos	66	66
16 a 25 anos	27	27
Mais de 25 anos	07	07
Teste de Fargerstrom		
Baixo	06	06
Médio	20	20
Elevado	74	74
Motivos para deixar o fumo		
Preocupação com a saúde	100	100
Pressão social	47	47
Pressão familiar	35	35
Outros	08	08
Teste de Richmond		
Baixa	03	03
Média	16	16
Alta	81	81
Convívio com fumantes		
Sim	87	87
Não	13	13
Tabagismo com álcool e outras drogas		
Sim	34	34
Não	66	66
Nível de ansiedade (Escala HAD)		
Improvável	18	18
Possível	13	13
Provável	69	69
Avaliação do nível de depressão		
Leve	44	44
Moderada	35	35
Grave	21	21
Comorbidades		
Doenças relacionadas ao tabagismo	45	45
Doenças psiquiátricas	23	23
Outras	32	32

Nota: *f%p= Frequência percentual.

Malbergier et al⁸ apontam que a depressão, a ansiedade e outras comorbidades psiquiátricas são fatores relacionados a não cessação do tabagismo, sendo responsáveis pelas recaídas constantes daqueles que “pararam” de fumar.

Evidências científicas comprovam que a depressão é o distúrbio psiquiátrico mais frequentemente associado ao tabagismo, visto

que aproximadamente 30% dos fumantes apresentam histórico dessa doença^{6,9}.

Cabe salientar a associação positiva entre o cigarro, o álcool e outras drogas, o que dificulta ainda mais o tratamento, pois segundo Fiore⁹ “a prevalência de fumantes entre alcoolistas é de 83%, 20% dos fumantes têm história de abuso ou dependência de álcool”.

A presença de alguma doença relacionada ao cigarro é um fator relevante para os fumantes. Estes, por sua vez, procuram auxílio, o que representa um dos motivos pelos quais conseguem ter êxito no tratamento⁴.

Ao chegar ao SNC, a nicotina aumenta a produção de norepinefrina e libera dopamina, levando o indivíduo à dependência pela ação euforizante e ansiolítica dessas substâncias⁶.

Existem comprovações que a dopamina e outros neurotransmissores psicoativos liberados pelos centros nervosos nos tabagistas exercem efeitos de melhora da memória, vigilância, cognição da performance e têm ação antidepressiva e neuroestimulante¹⁰.

A fumaça do cigarro possui uma fase gasosa e uma fase particulada. A fase gasosa é composta por monóxido de carbono, formaldeído, cetonas, amônia, acetaldeído, acroleína entre outras, já na particulada encontra-se a nicotina e o alcatrão sendo esta a causadora da dependência. Outras 48 substâncias cancerígenas, entre elas o arsênico, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, além de resíduos agrotóxicos aplicados nos produtos agrícolas e substâncias radioativas também estão presentes no cigarro¹¹.

Observou-se, neste estudo, que 88% (n=88) dos participantes concluíram o tratamento. Destes, 80,7% (n=71) conseguiram parar de fumar até o final do tratamento e 19,3% (n=17) não tiveram adesão à terapia antitabagismo (Figura 2). Constatou-se também que os pacientes que desistiram estavam dentro do

percentual daqueles que possuíam doenças psiquiátricas, grau de motivação baixo, ansiedade e depressão elevadas.

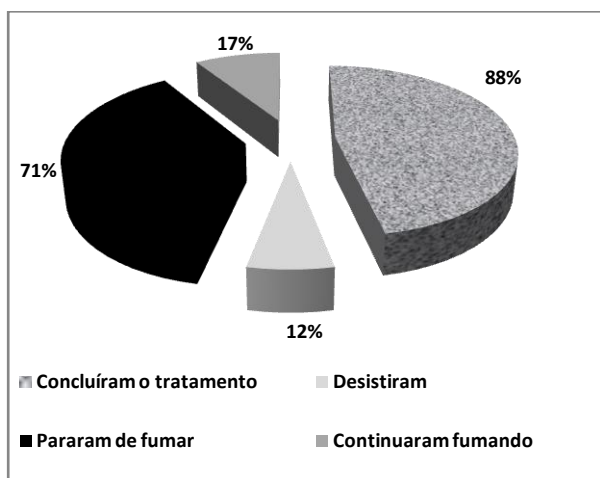


Figura 2 – Adesão à terapia antitabagismo dos participantes do Centro de Saúde nº 02 de Santa Maria – DF assistidos entre 2008 e 2011 (n=100).

Estudos comprovam que os fatores genéticos estão diretamente relacionados à intensidade da dependência e ao tempo de sua instalação¹². Genes como o 16OH e TPH apresentam compulsão por fumar, seus possuidores começam a fumar de três a cinco anos antes daqueles que não tem esses genes no genoma¹³. Porém, no presente estudo, não foi avaliada a variabilidade genética.

Além de os portadores de genes que têm compulsão por fumar, outros fatores estão relacionados ao consumo do tabaco em grande quantidade, como as desordens nervosas, estresse, depressão, doenças mentais, destacando-se a esquizofrenia. A prevalência de tabagistas com esses problemas é alta e a taxa de recaída quando chegam a pararem de fumar é muito grande¹⁴.

Observou-se que todos os pacientes fizeram uso de reposição de nicotina através de adesivos transdérmicos e aqueles que apresentaram depressão e grau de dependência elevado utilizaram como apoio medicamentoso a Bupropiona 150 mg, porém os dados

relacionados ao uso da Bupropiona não foram relatados nas fichas clínicas.

Conclusão

Observou-se, neste estudo, que o tratamento antitabagismo é imprescindível, porém fatores como a síndrome da abstinência, depressão, convivência com fumantes, grau de dependência e ansiedade elevadas e a baixa motivação em participar das terapias podem influenciar a não adesão ao tratamento e a não cessação para os que continuaram até o término das terapias.

Esses resultados comprovam a necessidade de uma equipe multiprofissional motivadora com ênfase no suporte psicológico; uma divulgação maior do programa de prevenção do tabagismo e que as instituições de saúde implantem o ambulatório em suas unidades para que contemple um maior número de pessoas e, conseqüentemente, auxilie no abandono ao uso do tabaco com repercussões positivas sobre a saúde e qualidade de vida desses indivíduos.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório de organização mundial da saúde sobre a epidemia global de tabagismo. Disponível em: <<http://www.who.int/tabaco/mpower>>. Acesso em: 21 dez 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Abordagem e tratamento do fumante, CONSENSO 2001. Rio de Janeiro. 2001. p.8-38.il.
3. Jain A. Tratamento da dependência da nicotina. BMJ. 2003; 327(7428):1394-5.
4. Castro MPR, Matsuo T, Nunes SOU. As características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro

- de referência para cessação tabágica. J Bras Pneumol. 2010; 36(1):67-74.
5. Balfour DJ, Benowitz N, Fagerstrom K, Kunze M, Keil U. Diagnosis and treatment of nicotine dependence with emphasis on nicotine replacement therapy. *Europ Heart* 2000; 21(6):438-445.
 6. Rosemberg J. Nicotina: Droga Universal. São Paulo: INCA/CVE-SP, 2004, p.9-174
 7. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em:<<http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/oms-relatorio.pdf>>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2012.
 8. Malbergier A, Oliveira JR, Hercílio P. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev. Psiquiatr* 2005; 32(5):276-282.
 9. Fiore MC. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human Services. *UK PubMed*, 2000; 45(10):62-1200.
 10. Breslau NK, Andreski MP. Nicotine dependence and major depression: new evidence from a prospective investigation. *Gen Psychiatry* 1993; 50(1):31-35.
 11. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância - CONPREV. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco-Brasil. RJ. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf>. Acesso em: 21 dez 2011.
 12. Benowitz N. Pharmacological aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *N Eng J Med*. 1988; 319:1318-1330.
 13. Lerman C, Caporaso E, Bush A, Zheng Y, Audrian J, Principal D, Shields PG. Tryptophan hydroxylase gene variant and smoking behavior. *Am. J. Med. Genet*. 2001; 105(6):518-520.
 14. Chatkin JM. A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. *J Bras. Pneumol*. 2006; 32(6):573-579.