

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM USUÁRIOS DE UM SERVIÇO PÚBLICO

Solange de Morais Montanha¹
Delma Perpétua Oliveira de Souza²
Clóvis Botelho³

RESUMO

Analisar a prevalência e fatores associados à cessação do tabagismo em pacientes atendidos numa unidade de referência do Programa Nacional de Controle do Tabaco. Os dados analisados provêm de um Estudo transversal com pacientes que procuraram o Programa de Cessação do Tabagismo no Hospital Universitário Júlio Müller em Cuiabá-MT, no período de janeiro de 2009 e dezembro de 2015. Foram analisados 542 prontuários, utilizando questionário padronizado de Abordagem Inicial do Programa Nacional de Cessação do Tabagismo, do qual se extraiu características sociodemográficas, história tabágica, grau de motivação, depressão e alcoolismo. Realizou-se análise univariada, bivariada e Regressão de Poisson, tendo como medida de associação Razão de Prevalência e seus Intervalos de Confiança de 95%. Considerou-se para significância estatística $p < 0,05$. Dos prontuários analisados, excluídos 37, permanecendo no estudo 505, observou-se uma prevalência de cessação de tabagismo de 66,34%. Os fatores associados ao sucesso na cessação, com diferença estatisticamente significativa, foram: ter uma prática religiosa, fumar até 20 cigarros por dia, maior grau de motivação no início do tratamento e não apresentar quadro de depressão.

Palavras chave: Abandono do Uso de Tabaco, Resultado do Tratamento, Hábito de Fumar, Desenvolvimento de Programas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the prevalence and factors associated with smoking cessation in patients treated at a reference unit of the National Tobacco Control Program. **METHODS:** The data analyzed came from a cross-sectional study with patients who sought the Smoking Cessation Program at Júlio Müller University Hospital in Cuiabá-MT, in the period of January 2009 and December 2015. A total of 542 medical records were analyzed using a standardized Initial Approach Questionnaire of the National Cessation Program, from which it extracted socio-demographic characteristics, smoking history, degree of motivation, depression and alcoholism. Univariate, bivariate and Poisson Regression analysis were performed, with a measure of association with Prevalence Ratio and its Confidence Intervals of 95%. Statistical significance was set at $p < 0.05$. **RESULTS:** From the analyzed charts, excluding 37 and remaining 505 in the study, a smoking cessation prevalence of 66.34% was observed. The factors associated with success in cessation with a statistically significant difference were: having a religious practice, smoking up to 20 cigarettes per day, higher motivation at the

¹ Discente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil

² Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso

³ Docente da Faculdade de Medicina da UFMT e do Hospital Universitário Júlio Müller,

beginning of the treatment and not having depression. **Keywords:** Tobacco Use Cessation, Treatment Outcome, Smoking, Program Development.

INTRODUÇÃO

Tabagismo é um problema de saúde pública, doença neurocomportamental causada pela dependência da nicotina (BENOWITZ, 1996) e fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis. Em 2014, foram seis milhões de óbitos por doenças relacionadas ao tabaco, e, em 2030, poderá chegar a oito milhões, se nada for feito para controlar a pandemia (ENSP, 2016).

O Brasil, desde as últimas décadas do século passado e até o presente, vem se destacando por desenvolver políticas de controle visando reduzir a prevalência do tabagismo, na população adulta, que passou de 35,0% em 1989 (BRASIL, 1990), para 14,7% em 2013, e existem mais de 26 milhões de ex-fumantes, que deixaram de fumar por conta própria ou com tratamento, mas ainda temos 22 milhões de fumantes (BRASIL, 2013) que precisam de assistência profissional. Estes são tabagistas que poderão ter maiores dificuldades para deixar de fumar, por terem maior dependência da nicotina, distúrbios comportamentais e psiquiátricos, ou por outros fatores genéticos e socioambientais. É preciso que se entenda que as pessoas fumam porque são dependentes e não simplesmente porque querem.

Neste sentido, entre as ações de políticas públicas adotadas pelo Governo Federal, destaca-se o Programa Nacional de Controle do Tabaco, sendo que uma Unidade de Referência foi implantada no Hospital Universitário Júlio Müller em 2004. No entanto, nenhuma investigação fora realizada para o conhecimento das características dos tabagistas, as quais são necessárias para a individualização e sucesso no tratamento, o que justifica a relevância e pertinência deste estudo, que buscou estimar a prevalência de cessação do tabagismo e fatores associados ao sucesso do tratamento em pacientes atendidos nesta unidade de referência no período de 2009 a 2015.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de dados provenientes de todos os prontuários dos pacientes submetidos ao tratamento do tabagismo no Centro de Referência do Hospital Universitário Júlio Müller (HUFM), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, durante o período compreendido entre janeiro de 2009 a dezembro de 2015.

O programa de tratamento foi desenvolvido por uma equipe de médicos e psicólogos, especializada na prevenção e tratamento do tabagismo, o qual incluiu consultas semanais, no primeiro mês. Seguidas por duas quinzenais e quatro mensais. Na primeira consulta foi preenchido questionário com dados sociodemográficos, grau de motivação, histórico do tabagismo e comorbidades psiquiátricas. Nesta avaliação foi explicado ao paciente o programa, enfatizando alguns pontos básicos: ter desejo e motivação; preparação com terapia cognitivo-comportamental (TCC); caso necessário, iniciado o uso de medicamentos, orientando sobre o dia da cessação e manutenção de prevenção da recaída. As quatro consultas subsequentes foram para a TCC e as demais para a manutenção. Após a cessação, em caso de recaída, o paciente foi orientado a fazer contato, o quanto antes, com alguém da equipe para retomar o tratamento.

O instrumento utilizado foi um questionário padronizado pelo Programa Nacional do Tabagismo e um roteiro foi construído para extrair as questões deste estudo, contendo dados sociodemográficos, história tabágica, grau de motivação, transtornos psiquiátricos e desfecho obtido dentro do programa supracitado.

A variável dependente foi cessação do tabagismo. Categorizada entre os pacientes que realizaram o tratamento e pararam de fumar (cessação) e todos que fizeram o tratamento e continuaram fumando (não cessação), de acordo com o último registro de seu prontuário, é necessário ter participado no mínimo de quatro consultas.

As variáveis independentes foram categorizadas em:

Características sociodemográficas: sexo (masculino/feminino); idade (faixa etária de 20 a 39, 40 a 59 e 60 anos ou mais); escolaridade, compreendeu duas categorias (até oito anos de estudo e maior que oito anos); em atividade ocupacional (sim, não); religião (sim, não); situação conjugal (com e sem cônjuge).

História tabágica: tempo de fumo (>20 anos, ≤20 anos); idade de início do tabagismo dividiu-se em duas categorias pela mediana (até 15 anos e maior que 15 anos);

cigarros por dia (>20 , ≤ 20); dependência química ao cigarro, de acordo com a Escala inicialmente chamada teste de dependência nicotínica de Fagerström e renomeada em 2012 para Teste de Fagerström para Dependência do Cigarro (FAGERSTRÖM, 2012). Esse instrumento consiste em seis questões, duas pontuadas de 0 a 3 e as demais de 0 a 1, sobre o padrão típico de fumar, possibilitando a classificação da dependência de nicotina pela escala de 0-10.

A pontuação de 7 a 10 indica a dependência elevada de nicotina, 4-6 dependência moderada e menos de 4 indica dependência mínima. Nesse estudo foi categorizada como (> 6 , ≤ 6). Uma soma acima de seis pontos indica que provavelmente o paciente terá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar e também maior dificuldade de manter a abstinência em longo prazo quando se tentar suspender o tabagismo (SOARES; GONÇALVES, 2008).

Grau de motivação: utilizou-se a divisão em duas categorias (pré-contemplação/contemplação, preparação/ação), conforme o modelo transteórico/Escala, de Prochaska e Di Clemente (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992), que descrevem a prontidão para a mudança, como estágios nos quais o indivíduo transita. A pré-contemplação é um estágio em que não há intenção de mudança, pela falta de consciência dos prejuízos associados ao comportamento-problema; a contemplação se dá quando há uma crítica quanto à existência do problema, mas ainda não foi iniciado nenhum tipo de ação, devido à ambivalência; a preparação ocorre quando há uma decisão de mudar, porém ainda nenhuma ação é empreendida e a ação é o estágio no qual o indivíduo toma uma atitude.

Depressão: variável dicotômica (sim, não) de acordo com os critérios do código internacional de doenças CID 10: F32 (WHO, 1992). Que fazem parte do questionário já preenchido pelos profissionais que atenderam os pacientes.

Alcoolismo: mensurado pela Escala de CAGE. É composta de quatro perguntas: **C**ut down - reduzir a ingestão / **A**nnoyed by criticism - irritado / **G**uilty - culpado / **E**ye-opener - identificação de ressaca. No Brasil, sua validação obteve sensibilidade de 88,0% e especificidade de 83,0%. Duas ou mais respostas positivas, neste teste, consideraram positividade para o alcoolismo (MASUR; MONTEIRO, 1983).

As análises dos dados foram realizadas no programa SPSS versão 20.0.

Primeiramente foram construídos intervalos de confiança para a análise univariada e na análise bivariada foi determinada a razão de prevalência bruta com seus respectivos intervalos de 95% de confiança.

As variáveis com associações que apresentaram valores de p inferior a 0,20, na análise bivariada, foram selecionadas para serem testadas no modelo de regressão de Poisson Múltipla Robusta, pelo procedimento de backward. Permanecendo no modelo final as variáveis com nível de significância menor que 0,05.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, conforme Parecer do CEP/HUJM/UFMT nº 1.403.050/2013.

RESULTADOS

Dos 542 prontuários de fumantes que procuraram tratamento no Hospital Universitário Júlio Müller, 505 foram elegíveis, o que representa 93,0% da população de estudo. A prevalência de cessação de tabagismo foi de 66,34%, sendo maior a proporção do sexo feminino, faixa etária acima de 60 anos, escolaridade > 8 anos, com vínculo ocupacional, com cônjuge, adepto a uma religião, menor grau de dependência ao cigarro de Fagerström e maior grau de motivação no início do tratamento^{Tabelas 1 e 2}. Entre os transtornos psiquiátricos, observou-se a presença de depressão e positividade para o alcoolismo^{Tabela 3}.

Durante o período do estudo, a média de idade das mulheres foi de 49,27, com idade compreendida entre 21 e 76 anos (DP = 10,01) e dos homens foi de 49,72, com idade compreendida entre 20 e 75 anos (DP = 12,43). Dos fumantes, 54,46% tinham iniciado o comportamento antes dos 16 anos de idade e 35,45% entre os 16 e 20 anos. Em relação à quantidade de cigarros consumidos, 71,49% dos fumantes atuais referiram fumar 20 ou mais cigarros diariamente. A carga de tabagismo foi, em média, $42,18 \pm 28,60$ maços/ano e o tempo de tabagismo de $34,29 \pm 11,97$ anos (dados não mostrados em tabela).

A idade de iniciação do cigarro teve média de $15,66 \pm 4,60$ anos, com idade mínima de nove. Há evidência de que, quanto mais precoce a dependência ao tabaco, maior o risco de morte prematura. A diferença em alguns anos no início do uso do tabaco pode aumentar em quase o dobro os riscos de danos à saúde (INCA, 2011).

Em relação às associações entre a cessação do tabagismo e às variáveis sociodemográficas, história de tabagismo, grau de motivação e transtornos psiquiátricos^{Tabelas 1, 2 e 3}, observou-se maior proporção (80,23%) de cessação entre os pacientes com 60 ou mais anos, quando comparados com os adultos jovens na faixa etária de 20-39 anos (RP = 1,37, IC 95% 1,12-1,67), ser adepto a uma religião (RP = 1,91; IC 95% 1,01-3,65); menor consumo de cigarros/dia (RP = 1,22; IC 95% 1,07-1,40), menor grau de dependência de Fagerström (RP = 1,17; IC 95% 1,02-1,32), maior nível motivacional (RP = 3,15; IC 95% 2,60-3,83) e não ter depressão (RP = 1,65; IC 95% 1,40-1,96).

No modelo final, ajustado por Regressão Poisson^{Tabela 4}, permaneceram associados com diferenças estatísticas significativas à cessação de tabagismo: possuir uma religião (RPa = 1,69, IC 95% 1,10-2,50), menor número de cigarros por dia (RPa = 1,15, IC 95% 1,04-1,26), maior grau de motivação no início do tratamento (RPa = 2,95, IC95% 2,43-3,59) e não ter depressão (RPa = 1,23, IC 95% 1,09-1,40).

Tabela 1 - Associação entre a cessação do tabagismo e as variáveis sociodemográficas, Cuiabá-MT, Brasil, 2009-2015

Variáveis e categorias	<u>Cessação do tabagismo</u>						
	Sim		Não		RP _b	IC 95%	P
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	211	68,95	95	31,05	1,11	(0,97 ; 1,26)	0,123
Masculino	124	62,31	75	37,69	1,00	-	-
Faixa etária							
60 anos ou mais	69	80,23	17	19,76	1,37	(1,12 ; 1,67)	0,002
40 – 59 anos	212	64,83	115	35,17	1,11	(0,91 ; 1,33)	0,280
20 – 39 anos	54	58,70	38	41,30	1,00	-	-
Escolaridade							
>8 anos	165	67,90	78	32,10	1,05	(0,92 ; 1,19)	0,474
≤ 8 anos	170	64,89	92	35,11	1,00	-	-
Em atividade ocupacional							
Sim	269	67,93	127	32,07	1,12	(0,95 ; 1,32)	0,149
Não	66	60,55	43	39,45	1,00	-	-
Religião							
Sim	329	67,42	159	32,58	1,91	(1,01 ; 3,65)	0,006
Não	6	35,29	11	64,71	1,00	-	-
Situação Conjugal							
Com cônjuge	219	67,59	105	32,41	1,05	(0,92 ; 1,20)	0,424
Sem cônjuge	116	64,09	65	35,91	1,00	-	-

RP_b: Razão de prevalência bruta. IC95%: Intervalo de confiança de 95%. p: Valor de p para o teste do qui-quadrado, os valores destacados em negrito são estatisticamente significantes ao nível de 5%.

Tabela 2 - Associação entre a cessação do tabagismo, história tabágica e grau de motivação, Cuiabá-MT, Brasil, 2009-2015

Variáveis e Categorias	Cessação do tabagismo				RPb	IC 95%	P
	Sim		Não				
	n	%	N	%			
Tempo de fumo							
≤20 anos	37	57,81	27	42,19	0,86	(0,69 ; 1,07)	0,123
>20 anos	298	67,57	143	32,43	1,00	-	-
Idade de início							
≤Mediana (15)	202	67,56	97	32,44	1,05	(0,92 ; 1,19)	0,484
>Mediana (15)	133	64,56	73	35,44	1,00	-	-
Cigarros por dia							
≤20	218	71,48	87	28,52	1,22	(1,07 ; 1,40)	0,003
>20	117	58,50	83	41,50	1,00	-	-
Dependência a nicotina							
Fagerström ≤ 6	195	70,91	80	29,09	1,17	(1,02 ; 1,32)	0,017
Fagerström > 6	140	60,87	90	39,13	1,00	-	-
Grau de motivação							
Preparação /Ação	263	97,05	8	2,95	3,15	(2,60 ; 3,83)	<0,001
Pré-Contemplação / Contemplação	72	30,90	161	69,10	1,00	-	-

RPb: Razão de prevalência bruta. IC95%: Intervalo de confiança de 95%. p: Valor de p para o teste do qui-quadrado, os valores destacados em negrito são estatisticamente significantes ao nível de 5%.

Tabela 3 - Associação entre a cessação do tabagismo, depressão e alcoolismo, Cuiabá-MT, Brasil, 2009-2015

Variáveis e Categorias	Cessação do tabagismo						
	Sim		Não		RPb	IC 95%	P
	n	%	N	%			
Depressão							
Não	252	77,06	75	22,94	1,65	(1,40 ; 1,96)	<0,001
Sim	83	46,93	95	53,37	1,00	-	-
Alcoolismo							
Não	311	67,46	150	32,54	1,24	(0,94 ; 1,63)	0,083
Sim	24	54,55	20	45,45	1,00	-	-

RPb: Razão de prevalência bruta. IC95%: Intervalo de confiança de 95%. p: Valor de p para o teste do qui-quadrado, os valores destacados em negrito são estatisticamente significantes ao nível de 5%.

Tabela 4 - Variáveis do modelo final e razão de prevalência ajustada por regressão de Poisson Robusta múltipla associadas a cessação do tabagismo, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e valor de p, Cuiabá-MT, Brasil, 2009-2015

Variável	Categoria	RPa	IC 95%	Valor p
Religião	Sim	1,69	(1,10 ; 2,50)	0,017*
	Não	1,00	-	-
Cigarros por dia	≤20	1,15	(1,04 ; 1,26)	0,005*
	>20	1,00	-	-
Grau de Motivação	Preparação / Ação	2,95	(2,43; 3,59)	<0,001*
	Pré-Contemplação / Contemplação	1,00	-	-
Depressão	Não	1,23	(1,09 ; 1,40)	<0,001*
	Sim	1,00	-	-

RPa: razão de prevalência ajustada pelo modelo de regressão de Poisson Robusta com seleção de variáveis pelo método de backward. IC: intervalo de confiança. *: significante ao nível de 5.

DISCUSSÃO

Na população estudada, a prevalência de sucesso na cessação do tabagismo foi de 66,34%. O tempo médio de acompanhamento desses pacientes, após cessação, foi de 4 meses, atingindo até 73 meses, por se tratar de ambulatório num hospital universitário, e muitos pacientes ficam vinculados à instituição por outras doenças. Essas prevalências variam muito de acordo com o tempo de análise, em 3, 6, 12 meses ou mais. Possivelmente, com o passar do tempo existe a tendência de aumentarem as recaídas dos pacientes analisados (WEST; SOHAL, 2006). Em outro estudo (BELLEUDI et al., 2007), a taxa de cessação variou entre 25,00% para os pacientes que receberam uma única sessão de aconselhamento motivacional e 65,30% para aqueles que receberam terapia de reposição de nicotina combinada com a terapia de grupo.

A maioria dos fumantes avaliados no presente estudo eram mulheres (60,59%). A predominância de fumantes do sexo feminino em programas de cessação do tabagismo foi também verificada em outros estudos nacionais: 65,6% em um estudo que avaliou o perfil dos tabagistas no Ceará (SALES et al., 2006), de 62% em outro estudo no Rio Grande do Sul (HAGGSTRÄM et al., 2001), e de 58% em um estudo em São Paulo (SANTOS et al., 2008). Possivelmente este grupo represente uma população que tem maior preocupação com a atenção à saúde ou à maior aceitação das terapias em grupo, um horário mais flexível para assistir a sessões semanais de terapia nas unidades de saúde. No estudo de Issa et al. (2007), ao contrário dos demais, há predomínio do sexo masculino. Uma explicação possível seria a de tratar-se de uma amostra de portadores de doença cardiovascular, comorbidade mais prevalente entre homens.

O sexo não se mostrou um fator determinante para a cessação do tabagismo, em nosso estudo, semelhante a estudos transversais, pelo menos nos grandes países desenvolvidos, como os EUA, Reino Unido e Canadá (JARVIS et al., 2013).

Sabe-se que as mulheres procuram auxílio para cessação mais frequentemente que os homens, mas que o receio do ganho ponderal e a presença de depressão são obstáculos referidos para cessação do tabagismo. Por outro lado, elas podem ser motivadas pelo impacto positivo da cessação na fertilidade e para o feto em caso de gravidez, no aspecto físico e na prevenção da menopausa precoce e da osteoporose (REICHERT et al., 2004).

Quanto à idade, indivíduos acima de 60 anos obtiveram melhores taxas de abstinência. Outros estudos também demonstraram que os indivíduos mais idosos são mais propensos a parar de fumar (GELLERT et al., 2013), argumentando que, com o avançar da idade estes indivíduos ganham uma maior percepção do dano dos cigarros, além de uma maior preocupação para a prevenção de doenças tabaco-relacionadas. Os mais jovens podem ter dificuldades na cessação porque, talvez, ao fumar por pouco tempo, o tabagista acredite que os efeitos deletérios do tabagismo poderão demorar a aparecer, tendo ainda tempo para decidir quando parar em definitivo; talvez lhe falte maturidade e a consciência de que, independentemente do tempo de fumo, o cigarro pode trazer riscos à sua saúde. Quando nos referimos a fumantes idosos, temos que ter em conta que, na realidade, eles provavelmente representam um subgrupo da coorte original de fumantes, já que aí não estarão incluídos os que morreram prematuramente ou pararam de fumar, motivados, principalmente, por sua saúde. Entende-se que parar de fumar em idade precoce, por exemplo, antes de 35, pode quase completamente anular a redução da expectativa de vida atribuível ao tabagismo, portanto, é importante atingir taxas tão elevadas neste subgrupo quanto possível. Mais pesquisas são necessárias para entender melhor os fatores que podem aumentar as taxas de abandono entre os fumantes de idade mais precoce e que podem ser incorporados em programas de tratamento do tabagismo.

Em relação à variável religião esse estudo mostrou que ser adepto a uma religião foi associado ao sucesso na cessação do tabagismo. Resultados semelhantes também foram encontrados em outros estudos que, de uma maneira geral, evidenciaram que tanto os fatores intrínsecos (religiosidade pessoal, fé, acreditar em Deus e ser praticante de uma religião), quanto fatores extrínsecos (educação religiosa na infância, afiliação religiosa e religiosidade dos pais) protegem da exposição ao consumo do tabagismo e outras drogas. A diversidade de população, protocolos e a pouca clareza de conceitos tão complexos e multifacetados de aspectos culturais, como religião, religiosidade e espiritualidade, que permanecem sem consenso formal, dificulta a comparação de resultados entre os estudos realizados e pode constituir a base para futuras pesquisas e intervenções.

Entretanto, a escolaridade não foi associada à cessação do tabagismo neste estudo, pois indivíduos com mais de oito anos de escolaridade abandonaram o tabagismo semelhante aos demais. Esse achado discorda da literatura, que mostrou que indivíduos com maior

escolarização é preditor de cessação. De uma maneira geral, acredita-se que aqueles com menor escolaridade tenham maior dificuldade para parar de fumar devido à baixa motivação e falta de recursos.

O tabagismo é uma das dependências mais difíceis de se tratar, e são necessárias, em média, de cinco a sete tentativas prévias para que se consiga atingir a abstinência. Um dos fatores que contribuem para essa estatística é a motivação para parar de fumar. Assim, torna-se imperioso conhecer o estágio motivacional do fumante, para poder trabalhar as intervenções terapêuticas individuais, e as escalas de motivação têm ajudado na identificação desse estágio, auxiliando o profissional de saúde na escolha do tratamento mais eficaz. Em razão da complexidade das mudanças necessárias ao abandono do uso do tabaco, Prochaska e DiClemente (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992) desenvolveram o modelo em cinco estágios de mudança comportamental até que um fumante consiga parar de fumar. Neste estudo destaca-se que o maior grau de motivação inicial, fases de preparação e ação (RPa = 3,15; IC 95% 2,60-3,83) ficaram associados ao sucesso na cessação do tabagismo, em comparação com pré-contemplação e contemplação. A motivação para sair é postulada para aumentar diretamente a intenção de desistir, facilitar as tentativas de cessação e aumentar as taxas de abstinência bem-sucedidas. A motivação não deve ser pensada como um problema de personalidade, e sim, como um estado de prontidão ou de avidez para a mudança, que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para outra. Esses resultados são consistentes com estudos prévios, em que os níveis iniciais de motivação para parar de fumar predizem o abandono do tabagismo bem-sucedido (PIÑEIRO et al., 2016).

No entanto, nossos resultados são contrários àqueles que descobriram que a motivação não estava relacionada à manutenção da cessação (BORLAND et al., 2010). Talvez essa discrepância possa ser explicada porque esses estudos examinaram associações entre a motivação para deixar de fumar, nas amostras de população, na ausência de intervenções, enquanto que o presente estudo utilizou uma população na qual os participantes receberam uma intervenção psicológica para parar de fumar. Esses resultados podem ajudar na concepção das intervenções de cessação e prevenção de recaídas.

Quanto à variável indicadora de dependência ao tabagismo, número de cigarros por dia, as proporções de sucesso na cessação, no grupo de indivíduos que fumavam até 20 cigarros por dia, foi 1,04 vezes aquela verificada na população que fumava mais do que 20

cigarros por dia (RPa = 1,15; IC 95% 1,04-1,26). Os consumidores de 20 ou mais cigarros/dia geralmente são passíveis de fortes sintomas de abstinência. Quanto maior for a intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes durante a abstinência, maiores serão as chances de fracasso no processo de cessação, com ou sem tratamento específico (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004).

Além disso, o presente estudo observou que não ter depressão foi um preditor de abstinência no final do tratamento, de tal forma que os participantes depressivos eram mais propensos a ser fumantes no final do tratamento (RP = 1,23; IC 95% 1,09-1,40), assim como relatado em estudos conduzidos em outras localidades (GILCHRIST et al., 2015). Uma série de variáveis comuns, como fatores genéticos e psicossociais, contribui para a expressão de ambos (tabagismo e depressão).

Sabe-se que a nicotina interfere no funcionamento neuroendócrino e, desta forma, pode influenciar o quadro psicopatológico. A depressão é mais comum em fumantes do que na população geral. Muitos dos indivíduos que sofrem de depressão usam a nicotina para aliviar seus sintomas, como sentimentos de vazio, medo e estresse. Pacientes depressivos têm maior risco de fumar e usar outras substâncias psicoativas, e isso está associado a maiores incapacidades e piores resultados de tratamento, em decorrência da depressão exacerbar os efeitos negativos encontrados durante a tentativa de abster-se de uma ou mais drogas, e correm mais risco de recaídas durante o período de abstinência, em comparação aos fumantes sem o mesmo histórico (GIGLIOTTI; LEMOS, 2012).

Diante disso, é fundamental atentar para as características do paciente, durante o tratamento para dependência. Antes do início do tratamento é necessário avaliar se existe depressão, de modo a prover um acompanhamento sistemático do paciente. Há consenso quanto à eficácia de medicações antidepressivas no tratamento da dependência. O principal medicamento utilizado, atualmente, é a bupropiona. Além disso, o fumante pode se beneficiar de técnicas psicoterapêuticas. Uma das estratégias que, quando associada à medicação, vem apresentado resultados positivos, é a terapia cognitivo comportamental. A base deste tratamento consiste, entre outros aspectos, em levar o fumante a identificar as situações de risco para recaídas e desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar com tais situações (HAGGSTRÄM et al., 2001).

Profissionais de saúde que acompanham esses indivíduos precisam avaliar cuidadosamente o diagnóstico e sintomas depressivos em fumantes crônicos para otimizar o tratamento do paciente e fornecer acompanhamento e apoio adicionais para ajudar os fumantes com depressão a parar e a permanecer em abstinência.

A abordagem deste estudo, visando identificar a prevalência e os fatores associados à cessação do tabagismo, traz à luz, diante dos resultados, uma discussão mais ampla sobre a necessidade de avaliar, com maior profundidade, o perfil dos tabagistas que não conseguem parar de fumar, para contribuir com o sucesso do Programa Nacional de Tratamento do Tabagismo. A alta prevalência de cessação do tabagismo (66,34%), no contexto de um centro de referência, mostra a importância da equipe multiprofissional bem preparada para identificar as características determinantes dos diversos grupos de fumantes; infraestrutura de apoio/acompanhamento e avaliação de preditores de sucesso nesse processo, considerando que os resultados deste estudo apontam associação entre cessação do tabagismo, faixa etária mais avançada, ser adepto a uma religião, ter fumado até 20 cigarros por dia e não ter depressão. Devem-se considerar as limitações do método empregado, pois, por ser estudo transversal, não permite estabelecer relação temporal entre a cessação do tabagismo e as variáveis exploratórias pesquisadas. E, pelo autorrelato de abstinência, que pode superestimar ou subestimar os resultados.

No entanto, cabe salientar que a análise dos dados obtidos neste estudo constitui uma fonte de informações para o desenvolvimento de Políticas Públicas direcionadas ao planejamento e à prática das ações nas instituições de saúde dentro de um Serviço Público de Tratamento do Tabagismo. Os fumantes atuais estão interessados na cessação do tabagismo, mas, muitas vezes, fazem múltiplas tentativas de abandono e recaem. Portanto, identificar fatores que identificam a cessação do tabagismo é altamente relevante. Sugere-se outros estudos epidemiológicos para avaliar com maior profundidade o perfil dos tabagistas residuais no Brasil.

Divulgação: Os autores relatam não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- BELLEUDI, V.; BARGAGLI, A. M.; DAVOLI, M.; DI PUCCHIO, A.; PACIFICI, R.; PIZZI, E. et al. Characteristics and effectiveness of smoking cessation programs in Italy. Results of a multicentric longitudinal study. **Epidemiologia e prevenzione**, v. 31, n. 2-3, p. 148-157, 2007.
- BENOWITZ, N. L. Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. **Ann Ver Pharmacol Toxicol.**, v. 36, p. 597-613, 1996. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.pa.36.040196.003121>>.
- BORLAND, R.; YONG, H. H.; BALMFORD, J.; COOPER, J.; CUMMINGS, K. M.; O'CONNOR, R. J. et al. Motivational factors predict quit attempts but not maintenance of smoking cessation: findings from the International Tobacco Control four country project. **Nicotine Tob Res.**, v. 12 Suppl., p. 4-11, Oct. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências - Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 104 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) 1989** - Arquivo de Dados da Pesquisa. Brasília: INAN/Ministério da Saúde, 1990.
- BROMS, U.; SILVENTOINEN, K.; LAHELMA, E.; KOSKENVUO, M.; KAPRIO, J. Cessação do tabagismo por situação socioeconômica e estado civil: a contribuição do comportamento tabagístico e do ambiente familiar. **Nicotine Tob. Res.**, v. 6, p. 447-455, 2004.
- ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Lançado o Relatório da OMS sobre a Epidemia Global de Tabagismo 2015**. Rio de Janeiro: ENSP, 8.5.2016. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/38099>>.
- FAGERSTRÖM, K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. **Nicotine Tob Res.**, v. 14, n. 1, p. 75-78, 2012. Disponível em: <<https://nicotinepolicy.net/karl-fagerstrom/520-dependence-on-tobacco-and-nicotine>>.
- GELLERT, C.; SCHÖTTKER, B.; HOLLECZEK, B.; STEGMAIER, C.; MÜLLER, H.; BRENNER, H. Using rate advancement periods for communicating the benefits of quitting smoking to older smokers. **Tob. Control.**, v. 22, p. 227-230, 2013.
- GIGLIOTTI, A. P.; LEMOS, T. Quais as características das comorbidades psiquiátricas e do tabagismo: depressão, ansiedade e esquizofrenia? In: ARAÚJO, A. J. (Ed.). **Manual de**

Condutas e Práticas em Tabagismo - Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

GILCHRIST, G.; DAVIDSON, S.; MIDDLETON, A.; HERRMAN, H.; HEGARTY, K.; GUNN, J. Factors associated with smoking and smoking cessation among primary care patients with depression: a naturalistic cohort study. **Advances in Dual Diagnosis**, v. 8, n. 1, p. 18-28, 2015.

HAGGSTRÄM, F. M.; CHATKIN, J. M.; CAVALET-BLANCO, D.; RODIN, V.; FRITSCHER, C. C. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **J. Pneumol.**, v. 27, n. 5, p. 255-261, 2001.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana de Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab**: relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <tabagismo_petab_relatorio_brasil.pdf>.

ISSA, J. S.; PEREZ, G. H.; DIAMENT, J.; ZAVATTIERI, A. G.; DE OLIVEIRA, K. U. Effectiveness of sustained-release bupropion in the treatment of smoker patients with cardiovascular disease. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 88, n. 4, p. 382-387, 2007.

JARVIS, M. J.; COHEN, J. E.; DELNEVO, C. D.; GIOVINO, G. A. Dispelling myths about gender differences in smoking cessation: population data from the USA, Canada and Britain. **Tob Control.**, v. 22, n. 5, p. 356-360, Sep. 2013.

KIRCHENCHTEJN, C.; CHATKIN, J. M. Dependência da Nicotina. In: VIEGAS, C. A. A. (Coord.). Diretrizes para a Cessação do Tabagismo. **J. Bras. Pneumol.**, v. 30, n. 2, p. 11-18, 2004.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian psychiatry inpatient hospital setting. **Braz. J. Med Biol. Res.**, n. 16, v. 3, p. 215-218, Oct. 1983.

PIÑEIRO, B.; LÓPEZ-DURÁN, A.; DEL RÍO, E. F.; MARTÍNEZ, Ú.; BRANDON, T. H.; BECOÑA, E. Motivation to quit as a predictor of smoking cessation and abstinence maintenance among treated Spanish smokers. **Addictive Behaviors**, v. 53, p. 40-45, 2016.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In Search of How People Change: Applications to addictive behaviour. **American Psychologist**, v. 47, n. 9, p. 1102-1114, 1992.

REICHERT, V. C.; SELTZER, V.; EFFEREN, L. S.; KOHN, N. Women and tobacco dependence. **Med. Clin. North Am.**, v. 88, n. 6, p. 1467-1481, 2004.

REW, L.; WONG, Y. J. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. **J. Adolesc. Health**, v. 38, n. 4, p. 433-442, 2006. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/7230276_ASystematic_Review_of_Associations_Among_ReligiositySpirituality_and_Adolescent_Heath_Attitudes_and_Behavio>.

SALES, M. P.; DE FIGUEIREDO, M. R.; DE OLIVEIRA, M. I.; DE CASTRO, H. N. Outpatient smoking cessation program in the state of Ceará, Brazil: patient profiles and factors associated with treatment success. **J. Bras. Pneumol.**, v. 32, n. 5, p. 410-417, 2006.

SANTOS, S. R.; GONÇALVES, M. S.; LEITÃO FILHO, F. S.; JARDIM, J. R. Profile of smokers seeking a smoking cessation program. **J. Bras. Pneumol.**, v. 34, n. 9, p. 695-701, 2008.

SOARES, H. L. R.; GONÇALVES, H. C. B. Avaliação da dependência nicotínica em um hospital municipal psiquiátrico do Rio de Janeiro. **Fractal: Revista de Psicologia**. 2008; 20(1): 335-336.

YEUNG, J. W.; CHAN, Y. C.; LEE, B. L. Religiosidade juvenil e consumo de substâncias: uma meta-análise de 1995 a 2007. **Psychol Rep.**, v. 105, p. 255-266, 2009.

WEST, R.; SOHAL, T. “Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey. **Brit Med J.**, v. 332, n. 7539, p. 458-460, 2006.

WHO. World Health Organization. **The ICD-10 Clasification of Mental and Behavioural Disorders**. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, SW: WHO, 1992.