

“Razões para fumar” em pacientes tabagistas acompanhados na Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá.

Autores: Gabriela Vilasboas Navarro¹, Eloisa Maria Gatti Regueiro¹

Colaboradores: Lucila Costa Zini Angelotti¹, Elisa Sebba de Souza Vega¹

Fisioterapia e Medicina - Centro Universitário Barão de Mauá ¹

gabivilasboasn@outlook.com, eloisa.gatti@baraodemaua.br

Resumo

O objetivo do estudo foi investigar as razões para fumar em um grupo de indivíduos atendidos na clínica de fisioterapia e ambulatórios especializados da IES e correlacionar as diferentes razões, dados clínicos e aspectos da dependência tabágica. Foi um estudo transversal, com análise comparativa descritiva. As razões mais evidentes foram dependência e prazer. Verificou-se ainda associação entre razões para fumar e características clínicas dos pacientes.

Introdução

O tabagismo tornou-se prioridade em saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde, mais de seis milhões de pessoas morrem, por ano mundialmente, devido as doenças provocadas pelo cigarro (CDC, 2018). Há estimativas de que em 2030 a mortalidade causada pelo tabaco seja maior que oito milhões, tornando o tabaco uma das causas principais de morte prematura (BARROS et al., 2011). Os prejuízos relacionados ao cigarro são conhecidos e relacionados as inúmeras doenças, além de causar prejuízos na qualidade de vida relacionada à saúde (MARTINEZ et al., 2004; MACHADO; ARAÚJO, 2012). Mesmo havendo conhecimento sobre os prejuízos do tabagismo, há dificuldades para abandonar o vício, justificadas pela complexidade do ato de fumar que envolve hábito e vício farmacológico (WHO, 2010), visto que a nicotina é uma drogacapaç de influenciar a biologia e a fisiologia do cérebro e induz à dependência.

A interrupção do tabagismo pode desenvolver sintomas perturbadores caracterizando a síndrome de abstinência, levando a ansiedade, irritabilidade entre outros. Alguns autores diferenciam a dependência à nicotina da dependência ao tabaco. Esse seria uma caracterização mais ampla e estaria relacionado a dependência à nicotina e a outros aspectos psicossociais do vício (ZBIKOWSKI et al., 2004; COSCI et al., 2014). Com base no princípio, da significativa influência dos fatores

psicológicos na manutenção do tabagismo, em 2010, Souza e colaboradores criaram uma escala composta por 21 questões, denominada Escala Razões para Fumar Universidade de São Paulo (ERPF-USP). Essa escala tem como objetivo averiguar os fatores motivacionais associados ao tabagismo que estão relacionados a outros nove fatores que investigam as razões pelas quais as pessoas fumam: dependência, prazer de fumar, redução da tensão, automatismo, manuseio, tabagismo social, controle de peso e associação estreita. A hipótese do estudo é que a correlação dos perfis obtidos com uma população específica pode auxiliar a encontrar diferentes razões para fumar em um grupo de indivíduos com benefício, na cessação.

Objetivos

Os objetivos desse estudo foram investigar as razões para fumar em um grupo de indivíduos atendidos no setor de Fisioterapia Respiratória da Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá (CBM), bem como as associações entre as diferentes razões para fumar, dados clínicos e aspectos da dependência tabágica dos pacientes atendidos no setor de Fisioterapia Respiratória e nos ambulatórios de Pneumologia e Cirurgia Torácica do CBM.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, com análise comparativa descritiva, realizado no setor de Fisioterapia Respiratória e nos ambulatórios de Pneumologia e Cirurgia torácica do CBM após o consentimento dos respectivos coordenadores. Participaram desse estudo 30 voluntários tabagistas de ambos os gêneros, com idade acima de 18 anos, com relato de tabagismo diário, usuários do Sistema Único de Saúde e que realizam acompanhamento nas unidades citadas anteriormente, sendo seis pacientes atendidos na no setor de Fisioterapia Respiratória, 16 no ambulatório de Pneumologia e oito no ambulatório Cirurgia Torácica. Foram excluídos pacientes com

idade inferior a 18 anos, com histórico de uso de drogas, doenças psiquiátricas não controladas, pessoas não alfabetizadas ou que não tenham o português como língua primária de alfabetização; e que não concordaram em assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo CEP da instituição sob o protocolo nº 3.610.700 em atendimento à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Procedimento experimental

Os voluntários responderam um questionário padronizado com questões relacionadas às suas características clínicas, Teste de Dependência de Fargenstrom (TDNF) e a escala "Escala Razões para Fumar-USP" (ERPF-USP). O questionário é composto por 38 questões nas quais 10 avaliam características do paciente, como gênero, idade e história tabágica e seis avaliam o grau de dependência da nicotina por meio do TDNF (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004). As outras questões eram referentes à escala ERPF-USP, composta por 21 questões, sendo as respostas expressas na forma de escala *Likert*, com escores variando entre 1 a 5. O instrumento foi utilizado de forma autoaplicável; porém, com o pesquisador disponível para responder eventuais dúvidas. Os dados clínicos foram expostos na forma de média e desvio padrão. Para dos principais fatores encontrados foram calculadas as médias e erro padrão da média. Várias análises foram realizadas para as correlações entre as razões para fumar, com as características clínicas dos indivíduos, fatores relacionados a dependência tabágica e o ambulatório onde os dados foram coletados. Para a comparação dos escores médios nas nove dimensões entre os gêneros masculino e feminino, foi utilizado o teste *t-Student* para amostras independentes com variâncias diferentes. Para a comparação dos escores médios nas nove dimensões entre os três serviços, entre as quatro categorias de vida conjugal utilizou-se a análise de variância (ANOVA). Para cálculo das correlações entre as variáveis quantitativas e os escores nas nove dimensões: cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson, seguido do teste de correlação. Sendo que os critérios para avaliação das correlações: $|r| = 0$ --> correlação nula; $0 < |r| \leq 0,3$ --> correlação fraca; $0,3 \leq |r| < 0,6$ --> correlação regular; $0,6 \leq |r| < 0,9$ --> correlação forte; $0,9 \leq |r| < 1$ --> correlação muito forte e $|r| = 1$ --> correlação perfeita.

Resultados e Discussão

No setor de Fisioterapia Respiratória foram elegíveis seis pacientes que responderam de forma padronizada as questões (Tabela 1). A média do grau de dependência nicotínica da amostra avaliada pelo TDNF foi de $5,83 \pm 3,37$, sendo três pacientes classificados como graves, dois como moderados e um como leve. A média dos cigarros fumados por dia pelos voluntários foi de $16,67 \pm 15,95$; dos seis participantes, dois fumavam dois maços por dia, um fumava um maço e os demais fumavam menos de um maço ao dia. O tempo médio de tabagismo, da idade do primeiro cigarro, da idade do início do tabagismo, da escolaridade e os dados da vida conjugal, estão apresentados na Tabela 1.

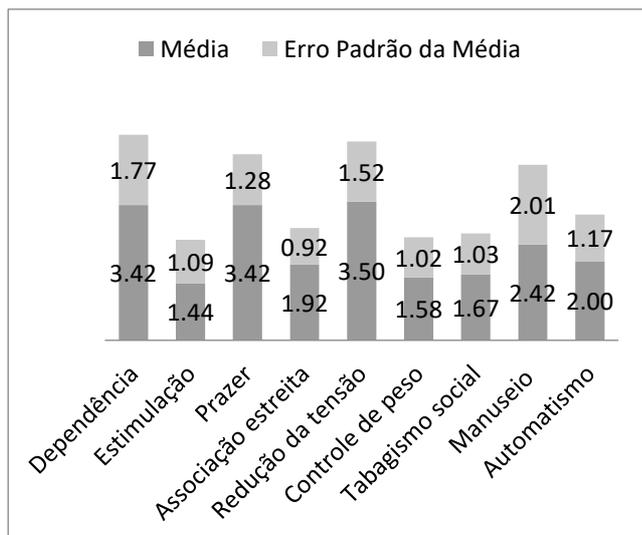
Tabela 1 – Características dos voluntários atendidos no setor de Fisioterapia Respiratória do CBM.

Variáveis	Voluntários Média \pm DP
Amostra	6
Idade (anos)	58,17 \pm 15,28
Gênero	2M/ 2F
Tempo tabagismo (anos)	34,42 \pm 13,87
Idade 1º cigarro (anos)	18,17 \pm 8,73
Idade início tabagismo (anos)	20,50 \pm 7,61
Temo de estudo (anos)	12,50 \pm 5,28
Vida conjugal	Casados: 3 Solteiro: 1 Vive maritalmente: 1 Divorciado: 1

Fonte: Arquivo próprio. DP= Desvio padrão; M= masculino; F= feminino.

As razões para fumar apresentadas pelos voluntários do setor de Fisioterapia Respiratória foram analisadas e expostas de acordo com a média e erro padrão da média dos domínios e estão ilustrados no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Média e erro padrão da média dos domínios da Escala - Razões para Fumar.



Fonte: Arquivo próprio.

A escala ERPF-USP possui nove domínios que são dependência, estimulação, prazer, associação estreita, redução da tensão, controle de peso, tabagismo social, manuseio e automatismo, sendo fatores ou razões que levam o indivíduo a fumar. Com bases nesses domínios, Souza et al. (2009) relatam que a identificação e a caracterização das diferentes razões que levam uma pessoa a fumar podem ajudar no estabelecimento de estratégias individualizadas para a cessação do tabagismo.

De acordo com o gráfico, a redução de tensão, dependência e prazer foram fatores mais incidentes, com médias maiores em relação aos outros domínios. O fator de estimulação que está relacionado com fatores sociais e ambientais teve a menor média, sendo assim o que menos traz estímulos ao paciente.

Não foi verificada diferença na associação dos escores dos fatores entre os diferentes serviços (Tabela 2).

As análises realizadas para verificar a associação dos escores da ERPF-USP com parâmetros clínicos não demonstrou diferenças em relação ao gênero. O trabalho de origem da escala demonstrou que as mulheres exibiram escores maiores para dependência, associação estreita, redução da tensão controle de peso e manuseio (SOUZA et al., 2010). Não foi demonstrada diferença entre os fatores e os diferentes ambulatórios. Uma correlação negativa foi demonstrada entre anos de escolaridade dos indivíduos e a estimulação, e também com associação estreita; ou seja, quanto menor o número de anos de estudo, maior influência desses domínios. A associação estreita é definida como forte ligação emocional aos cigarros e ato de fumar. E a estimulação, está relacionada a fatores sociais e ambientais, que podem ser importante na

iniciação e manutenção do comportamento de dependência da droga. Este mesmo fator também demonstrou uma correlação positiva com a idade e com duração do tabagismo. Ou seja, quanto maior a idade do paciente e maior duração do tabagismo existia uma grande influência de aspectos sociais e ambientais. O fator dependência apresentou significativa associação com números de cigarros fumados ao dia e TDNF. Tal resultado indica que este fator pode ser equivalente ao grau de dependência física do tabaco. O automatismo também demonstrou associação com o TDNF, corroborando o estudo de Souza et al. (2010). Este fator sugere que para alguns indivíduos o tabagismo é controlado por processos automáticos; por exemplo, o fumante procura automaticamente pelo cigarro; e bloquear este ritual automático poderia ser uma estratégia a ser considerada. Os resultados do presente estudo corroboram pesquisas anteriores (SOUZA et al., 2010). Sendo assim, sugere-se que a ERPF-USP traga novas perspectivas para a melhor compreensão do vício.

A aplicabilidade clínica da escala ainda deve ser esclarecida, visto que os participantes não pertenciam a um grupo de cessação de tabagismo; e sim, a um setor de reabilitação respiratória, por estarem clinicamente acometidos pelo tabagismo. Nesse contexto, pode-se inferir que utilizar diferentes estratégias direcionadas para os principais fatores ou razões para fumar de cada indivíduo e avaliar a resposta à cessação do tabagismo possa evidenciar a real importância deste instrumento.

Conclusão

De acordo com os resultados avaliados conclui-se que os fatores redução de tensão, dependência, prazer e manuseio são os que mais interferem na cessação do tabagismo nos voluntários atendidos no setor de Fisioterapia Respiratória.

Quando avaliados os três serviços, o fator dependência apresentou relação direta com números de cigarros fumados ao dia e TDNF, sugerindo equivalente ao grau de dependência física do tabaco.

Tabela 2- Associações entre os escores dos fatores da ERPF-USP e características clínicas do setor

de Fisioterapia Respiratória e ambulatórios de Pneumologia e Cirurgia Torácica.

	DEPENDÊNCIA	ESTIMULAÇÃO	PRAZER	ASSOCIAÇÃO ESTREITA	REDUÇÃO DA TENSÃO	CONTROLE DE PESO	TABAGISMO SOCIAL	MANUSEIO	AUTOMATISMO
SEXO	M:4,00±1,29 F:3,91±1,04 P = 0,8293	M:2,26±1,42 F:2,27±1,14 P = 0,9852	M:4,14±0,97 F:3,53±1,15 P = 0,1247	M:2,89±1,35 F:2,81±1,17 P = 0,8637	M:3,43±1,18 F:3,83±0,84 P = 0,2969	M:1,54±1,18 F:1,66±0,94 P = 0,7627	M:2,18±1,32 F:1,88±1,04 P = 0,4960	M:2,71±1,45 F:2,69±1,48 P = 0,9605	M:2,12±0,93 F:1,94±0,93 P = 0,5978
IDADE	r = 0,16 p = 0,3983	r = 0,34 p = 0,0641	r = 0,31 p = 0,09151	r = 0,45* p = 0,0126	r = 0,09 p = 0,6335	r = 0,12 p = 0,5193	r = 0,14 p = 0,4451	r = 0,07 p = 0,7001	r = 0,14 p = 0,4582
VIDA CONJUGAL	S=4,50±0,71 D=4,07±1,37 C=3,85±1,16 V=3,25±1,06 P = 0,618	S=2,25±1,60 D=2,81±1,46 C=2,18±1,14 V=1,17±0,24 P = 0,419	S=3,75±0,96 D=4,00±1,38 C=3,88±1,05 V=2,75±0,35 P = 0,5600	S=3,00±1,83 D=3,29±1,29 C=2,79±1,08 V=1,50±0,71 P = 0,352	S=4,33±0,82 D=3,86±0,74 C=3,49±1,10 V=2,83±1,18 P = 0,2930	S=1,00±0,00 D=1,57±0,73 C=1,68±1,20 V=2,25±1,77 P = 0,5570	S=1,00±0,00 D=2,79±1,47 C=2,03±1,04 V=1,25±0,35 P = 0,0660	S=3,50±1,91 D=2,79±1,41 C=2,62±1,40 V=1,50±0,71 P = 0,4600	S=2,50±0,84 D=1,71±0,91 C=2,16±0,91 V=1,00±0,00 P = 0,1950
AMBULATÓRIO	P=4,16±0,96 C=3,94±0,90 F=3,42±1,77 P = 0,4130	P=2,50±1,17 C=2,42±1,43 F=1,44±1,09 P = 2030	P=3,97±1,12 C=3,81±0,96 F=3,42±1,28 P = 0,5900	P=3,03±1,19 C=3,19±1,31 F=1,92±0,92 P = 0,1090	P=3,77±0,84 C=3,50±1,02 F=3,50±1,52 P = 0,7810	P=1,69±1,20 C=1,44±0,82 F=1,58±1,02 P = 0,8660	P=2,03±1,04 C=2,25±1,56 F=1,67±1,03 P = 0,6670	P=2,59±1,29 C=3,12±1,36 F=2,42±2,01 P = 0,6190	P=2,00±0,89 C=2,08±0,89 F=2,00±1,17 P = 0,9770
ANOS DE ESTUDO	r = -0,24 p = 0,2072	r = -0,45* p = 0,0138	r = -0,17 p = 0,3727	r = -0,40* p = 0,0279	r = -0,19 p = 0,3100	r = -0,06 p = 0,7514	r = -0,15 p = 0,4152	r = -0,26 p = 0,1610	r = -0,21 p = 0,2565
DURAÇÃO DO TABAGISMO	r = 0,15 p = 0,4389	r = 0,35 p = 0,0615	r = 0,35 p = 0,0598	r = 0,38* p = 0,0399	r = 0,06 p = 0,7729	r = 0,03 p = 0,8667	r = 0,03 p = 0,8764	r = 0,06 p = 0,7673	r = 0,13 p = 0,4848
CIGARROS FUMADOS POR DIA	r = 0,50* p = 0,0047	r = 0,06 p = 0,7486	r = 0,17 p = 0,3830	r = 0,25 p = 0,1824	r = 0,15 p = 0,4212	r = -0,30 p = 0,1099	r = -0,07 p = 0,6968	r = 0,32 p = 0,08177	r = 0,26 p = 0,1685
TDNF	r = 0,37* p = 0,0438	r = 0,07 p = 0,7023	r = 0,26 p = 0,1584	r = 0,19 p = 0,3169	r = 0,17 p = 0,3734	r = -0,32 p = 0,08218	r = 0,14 p = 0,454	r = 0,35 p = 0,0618	r = 0,42* p = 0,0208
IDADE QUE EXPERIMENTOU O PRIMEIRO CIGARRO	r = -0,03 p = 0,8786	r = -0,13 p = 0,509	r = -0,21 p = 0,2622	r = -0,21 p = 0,2736	r = 0,16 p = 0,3914	r = 0,02 p = 0,9368	r = 0,10 p = 0,6109	r = 0,22 p = 0,2492	r = 0,05 p = 0,8093
IDADE QUE COMEÇOU A FUMAR REGULARMENTE	r = -0,06 p = 0,7659	r = -0,08 p = 0,6723	r = -0,23 p = 0,2207	r = -0,15 p = 0,4385	r = 0,12 p = 0,5273	r = 0,11 p = 0,547	r = -0,05 p = 0,8067	r = 0,09 p = 0,6274	r = -0,09 p = 0,6266

Fonte: Arquivo próprio.

Referências

BARROS, A. J. D. et al. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo

características ocupacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas, v. 16, n. 9, p.3707-3716, mar. 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Annual Smoking Attributable Mortality, Years of Potential Life lost, and productivity losses – United States, 2000–2004. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.57, p.1226–1228, 2008.

COSCI, F.; NARDI, A.E.; GRIEZ, E. J. Nicotine effects on human affective functions: a systematic review of the literature on a controversial issue. **CNS Neurol Disord DrugTargets**, v.13, n.6, p: 981-91, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Brazil – **Health Warnings on Tobacco Products-2009** [citado 23 março 2010]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo>.

JIMÉNEZ-RUIZ, C.; BERLIN, I.; HERING, T. Varenicline: a novel pharmacotherapy for smoking cessation. **Drugs**, v. 69, n.10, p.1319-38, 2009.

KIRCHENCHTEJN, C.; CHATKIN, J. M. Dependência da nicotina. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J Bras Pneumol**, v. 30, (Supl 2) S11- S18, 2004.

MACHADO, A. R.; ARAUJO, A. S. **Qual é o Custo do Tabagismo Ativo? In: ARAUJO AS. Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo**. Rio de Janeiro: **AC Farmacêutica**, 2012. p. 467.

MARTINEZ, J.A.B.; MOTA, G.S.; VIANNA, E.S.; FILHO, J.T.; SILVA, G.A.; RODRIGUES, A. L. Jr. Impaired quality of life of healthy young smokers. **Chest**, v. 125, n. 2, p.425-28, 2004.

SAMET, J.M. The health benefits of smoking cessation. **Med Clin North Am**, v. 76, n.2, p. 399-414, 1992.

SOUZA, E.S.T. Desenvolvimento de nova Escala das Razões para Fumar: associações com dados clínicos e polimorfismos genéticos do gene CYP2A6. 2010. **Trabalho de Pós Graduação (Defesa de Doutorado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto** - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SOUZA, E.S.T.; CRIPPA, J.A.S.; PASIAN, S.R.; MARTINEZ, J.A.B. Escala Razões Para Fumar Modificada: tradução e adaptação cultural para o português para uso no Brasil e avaliação da confiabilidade teste-reteste. **J Bras Pneumol**, v. 35, n. 7, p.683-689, 2009.

SOUZA, E.S.T.; CRIPPA, J.A.S.; PASIAN, S.R.; MARTINEZ, J.A.B. Estrutura Fatorial da Versão Brasileira da Escala Razões Para Fumar Modificada. **Rev Assoc Med Bras**, v.55, n.5, p.1-6, 2009.

SOUZA, E.S.T.; CRIPPA, J.A.S.; PASIAN, S.R.; MARTINEZ, J.A.B. University of São Paulo reasons for smoking scale: a new tool to evaluate smoking motivaton. **J Bras Pneumol**, v.36, n.6, p. 768-778, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [INTERNET]. WHO. **Report on the Global Tobacco Epidemic, 2010: implementing smoke-free environments**. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/em>.

ZBIKOWSKI, S.M.; SWAN, G.E.; MCCLURE, J.B. Cigarette smoking and nicotine dependence. **Med Clin North Am**, v.88, n.6, p. 1453-65, 2004.