

## **“Razões para fumar” em pacientes tabagistas acompanhados nos ambulatório de Pneumologia do Centro Universitário Barão de Mauá (CUBM)**

**Autores: Lucas Borges de Melo<sup>1</sup>, Elisa Sebba de Souza Vega<sup>2</sup>**

**Colaboradores: Lucila Costa Zini Angelotti, Nelson de Araújo Vega**

**Centro Universitário Barão de Mauá**

[lucasbdemelo@hotmail.com](mailto:lucasbdemelo@hotmail.com)<sup>1</sup>, [elisa.sebba@baraodemaua.br](mailto:elisa.sebba@baraodemaua.br)<sup>2</sup>

### **Resumo**

A dependência ao tabaco é condição influenciada por diversos fatores. Objetiva-se identificar as “razões para fumar” em pacientes tabagistas do ambulatório de pneumologia do CUBM e correlacionar diferentes razões, dados clínicos e aspectos da dependência tabágica. As razões para fumar mais evidentes foram dependência, prazer e controle de peso. Encontrou-se 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 (OMS), mais de 6 milhões de pessoas morrem, por ano, mundialmente, devido as doenças provocadas pelo cigarro (CDC 2019). Os males relacionados ao cigarro são amplamente conhecidos, assim como sua relação com inúmeras doenças. Está, também, associado a prejuízos da qualidade de vida associada à saúde (SILVA *et al*, 2016).

Mesmo tendo conhecimento dos malefícios do tabaco, persistem dificuldades para abandonar o vício. O ato de fumar é um comportamento complexo, que envolve hábito e vício farmacológico, o que justifica a dificuldade em parar. A nicotina é uma droga, com alto poder para influenciar a biologia e a fisiologia do cérebro, sendo fortemente indutora de dependência. Sua interrupção pode levar a sintomas perturbadores, caracterizadores da Síndrome de Abstinência, e.g., ansiedade, irritabilidade entre outros (VALENTINE; SOFLUOGU, 2018).

Partindo do princípio de grande influência dos fatores psicológicos na perpetuação do tabagismo, em 2010, foi criada uma nova escala composta por 21 questões (cf. Anexo A), denominada Escala Razões para Fumar Universidade de São Paulo (ERPF-USP), desenvolvida por Souza e colaboradores (2009; 2010). Essa escala tem como objetivo investigar os fatores motivacionais

associados ao tabagismo que estão relacionadas a oito fatores que investigam as razões pelas quais as pessoas fumam, a saber: (i) dependência, (ii) prazer de fumar, (iii) redução da tensão, (iv) automatismo, (v) manuseio, (vi) tabagismo social, (vii) controle de peso e (viii) associação estreita. Nesse contexto, correlacionar os perfis obtidos por essa escala em uma população específica, como citada acima pode auxiliar a encontrar diferentes razões para fumar em um grupo de pacientes com grande benefício, na cessação.

### **Objetivos**

Investigar as razões para fumar, em um grupo de indivíduos do Ambulatório Pneumologia respiratória do Centro Universitário Barão de Mauá (SP). Investigar associações entre as diferentes razões para fumar, os dados clínicos e os aspectos da dependência tabágica no Ambulatório de Pneumologia, Cirurgia Torácica e Centro de Fisioterapia Respiratória do Centro Universitário Barão de Mauá.

### **Materiais e Métodos**

Trata-se de um estudo transversal, com análise descritiva, realizado nos ambulatórios de Pneumologia, Cirurgia Torácica e Centro de Fisioterapia Respiratória do Centro Universitário Barão de Mauá (CUBM). Os voluntários tabagistas que responderam o questionário, preencheram e assinaram um termo formal de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) mediante orientações sobre o protocolo proposto em atendimento à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Foram identificados 30 pacientes voluntários, com idades superiores a 18 anos no ambulatório de Pneumologia, Cirurgia Torácica e Centro de fisioterapia respiratória. Sendo 16 do ambulatório de Pneumologia.

Foram excluídos pacientes com idade inferior a 18 anos, com história de uso de drogas atualmente, como maconha e cocaína, doenças psiquiátricas não controladas, pessoas não alfabetizadas, ou

que não tenham o português como língua primária de alfabetização; e que não concordarem em assinar o TCLE.

Os participantes responderam ao questionário padronizado com 38 questões: dez questões avaliam características do paciente, como gênero, idade e história tabágica; seis questões avaliam o grau de dependência da nicotina, por meio do Teste de Dependência de Fargenstron (TDNF) (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004), e a 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. Contudo, o pesquisador estava sempre disponível para responder dúvidas eventuais.

Os dados clínicos foram expostos na forma de média e desvio Padrão. Foram calculadas as médias e Erro Padrão da Média para se encontrar e demonstrar os principais fatores encontrados.

Diversas 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 sexos masculino e feminino foi utilizado o teste t-Student para amostras independentes com variâncias diferentes. Para comparação dos escores médios nas nove dimensões entre os 3 tipos de ambulatório, entre as 4 categorias de vida conjugal: análise de variância (ANOVA). Para cálculo das correlações entre as variáveis quantitativas e os escores nas 9 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;

$|r| = 1$  --> correlação perfeita.

## Resultados e Discussão

O questionário padronizado foi respondido por 16 pacientes tabagistas do ambulatório de Pneumologia. A média de idade do grupo foi de 63 (desvio padrão de 9,5) anos, variando de 47 a 81 anos, sendo 8 pessoas do sexo masculino e 8 pessoas do sexo feminino.

A média do grau de dependência nicotínica do grupo, avaliada pelo TDNF, foi de 5,1 (desvio padrão de 2,8) podendo ser classificada como moderada. O número médio de cigarros fumados por dia pelos voluntários foi de 18,8 (desvio padrão de 14,1). A maioria dos tabagistas (56,25%) fumavam menos de 20 cigarros por dia, 37,5%

fumavam entre 20 e 40 cigarros por dia, e apenas 6,25% mais que 40 cigarros por dia.

O tempo médio de tabagismo do grupo foi de 45,1 (desvio padrão de 11,4) anos. A média de idade do início do tabagismo foi de 16,4 (desvio padrão de 4,226) anos, porém a média que experimentou o primeiro cigarro foi de 15,1 (desvio padrão de 4,2) anos. A escolaridade demonstrou um número médio de 6,2 (desvio padrão de 2,5) anos. Em relação a vida conjugal, 68,7% relatou ser casado (Tabela 1).

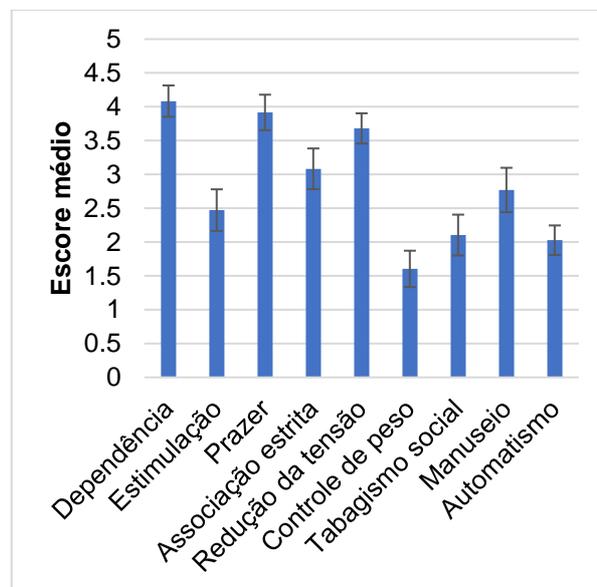
**Tabela 1 - Características clínicas dos pacientes (n = 16)**

Idade (anos)	63 ( $\pm$ 9,51)
Sexo	M: 8 (50%) F: 8 (50%)
Anos de estudo	6,25 ( $\pm$ 3,569)
Vida conjugal	SIM: 11 (68,75%) NÃO: 5 (31,25%)

\* M (sexo masculino), F (sexo feminino), SIM (casados ou viviam maritalmente), NÃO (solteiros ou divorciados).  
Fonte: elaborado pelos autores.

As razões para fumar no ambulatório de Pneumologia foram avaliadas (Figura 1) e expostas de acordo com as médias e Erro Padrão da média dos fatores. As razões mais incidentes foram Dependência, Prazer e Redução da tensão.

**Figura 1 - Média e Erro Padrão da média dos fatores**



Fonte: elaborado pelos autores.

Após a construção e a validação da ERPF-USP em 2010, foram avaliados também os principais fatores ou as principais razões para fumar desta escala. A escala foi aplicada para um grupo de indivíduos doadores de sangue, no Hemocentro de Ribeirão Preto. Desta forma indivíduos saudáveis,

ou com poucas comorbidades e quando estas existiam eram bem controladas (SOUZA *et al.*, 2010). O atual estudo aplicou a escala em pacientes na grande maioria pneumopatas e muitas vezes com quadro clínico exacerbado. Apesar das diferenças demonstradas nas amostras examinadas, ainda assim 2 fatores coincidiram nos dois estudos: *Dependência e Prazer*. Outro estudo atual que também avaliou razões para fumar com a mesma escala no nosso país demonstrou o mesmo resultado encontrado no nosso, os fatores *prazer para fumar, redução da tensão e dependência física* como os mais incidentes. Nas mulheres se destacou o *controle de peso e redução da tensão*, este achado não foi demonstrado no estudo atual. Talvez o número de participantes da pesquisa (105 mulheres), inclusive do sexo feminino, pode colaborar com as diferenças (ROCHA *et al.*, 2019).

As análises realizadas para verificar a associação dos escores da ERPF-USP com parâmetros clínicos (Quadro 1) em pacientes do ambulatório de pneumologia, cirurgia torácica e centro de fisioterapia respiratória, não demonstrou diferenças em relação ao sexo. 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).

Também não foi demonstrada diferença entre os fatores e os diferentes ambulatórios.

Uma correlação negativa foi demonstrada entre anos de estudos dos indivíduos e estimulação, e também com associação estreita. Quanto menor o número de anos de estudo maior influência destes fatores.

A *associação estreita* é definida como forte ligação emocional aos cigarros e ato de fumar. *Aestimulação* está relacionada a fatores sociais e ambientais, que podem ser importantes na iniciação e manutenção do comportamento de dependência da droga. (SOUZA, 2010). Este mesmo fator também demonstrou uma correlação positiva com a idade e com duração do tabagismo. Quanto maior a idade do paciente e maior duração do tabagismo existia uma grande influência de aspectos sociais e ambientais no tabagismo.

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. Uma questão especial que foi demonstrada em estudo anterior que reforça a teoria do fator dependência com intensidade física deste vício, é a medida do monóxido de carbono exalado (CO). O CO exalado confirma o status tabágico elevado. Demonstrou-se, portanto, CO exalado aumentado, com relação direta com número de cigarros fumados ao dia, com maiores

valores no TDNF e o fator *dependência* (SOUZA,2010).

O *automatismo* também demonstrou associação com o TDNF. Mesmo resultado encontrado também no estudo citado acima (SOUZA, 2010). Este fator sugere que para algumas pessoas o tabagismo é controlado por processos automáticos, por exemplo o fumante procura automaticamente pelo cigarro. Para a cessação do tabagismo destes indivíduos questiona se que bloquear este ritual automático poderia ser uma boa estratégia.

Os resultados do presente estudo coincidem com pesquisas anteriores e sugere que a ERPF-USP abre novas perspectivas para a melhor compreensão do vício (SOUZA, 2010).

A aplicabilidade clínica desta escala ainda deve ser esclarecida, já que os participantes não pertenciam apenas a um grupo de cessação de tabagismo e sim a um ambulatório de pneumologia. Talvez utilizar diferentes estratégias direcionadas para os principais fatores ou “razões para fumar” de cada paciente e avaliar a resposta à cessação do tabagismo possa demonstrar a real importância deste instrumento.

## Conclusão

Os fatores da ERPF- USP *redução da tensão, prazer de fumar e dependência* foram os mais importantes para a manutenção do tabagismo no ambulatório de pneumologia.

Os fatores da ERPF-USP apresentaram associações com características clínicas dos pacientes dos ambulatórios de pneumologia, cirurgia torácica e centro de fisioterapia respiratória.

O fator *dependência* apresentou relação direta com números de cigarros fumados ao dia e TDNF, sugerindo equivalente ao grau de dependência física do tabaco.

**Quadro 1 - Associações entre os escores dos fatores da ERPF-USP e características clínicas nos ambulatórios de Pneumologia, Cirurgia Torácica e Fisioterapia Respiratória**

	DEPENDÊNCIA	ESTIMULAÇÃO	PAZER	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 REGULAMENTE	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

\* Vida conjugal: S (solteiro), C (casado), D (divorciado), V (vive maritalmente com alguém).

\* Ambulatório: C (cirurgia torácica), F (fisioterapia), P (pneumologia).

Fonte: elaborado pelos autores.

## Referências

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.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Flavored Tobacco Product Use Among Middle and High School Students—United States, 2014. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.64, n. 38, p. 1066-1070, 2015.

KIRCHENCHTEJN, C., CHATKIN, J. M. Dependência da nicotina. **J BrasPneumol**, v.30(supl 2), p. 11-18, 2004.

ROCHA, S.A.V *et al.* Prevalência de tabagismo e motivos para fumar: estudo de base populacional. **J BrasPneumol**, v.45, n. 4, p. 1-7, 2019.

SILVA, L. C. *et al.* Controle do Tabagismo: Desafios e conquistas. **J BrasPneumol**, v. 42, n.4, p. 290-298, 2016.

SOUZA, E.S.T. *et al.* 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.

SOUZA, E.S.T *et al.* Estrutura Fatorial da Versão Brasileira da Escala Razões Para Fumar Modificada. **AssocMedBras**, v.55, n.5, p.1-6, 2009.

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

SOUZA, E.S.T. *et al.* Escala Razões Para Fumar Modificada: tradução e adaptação cultural para o português para uso no Brasil e avaliação da confiabilidade teste-reteste. **J BrasPneumol**, v. 35, n. 7, p.683-689, 2009.

VALENTINE, G.; SOFUOGLO, M. Cognitive Effects of Nicotine: Recent Progress. **CurrNeuropharmacol**, v 16, n.4, p.403-414, 2018.

ZBIKOWSKI, S.M.; SWAN, G.E.; MCCLURE, J.B. Cigarette smoking and nicotine dependence. **MedClin North Am**, v.88, n.6, p. 1453-1465, 2004.

## Anexo A

### Escala de Razões para Fumar - USP

As próximas perguntas são relacionadas aos motivos que fazem você fumar:

1. Eu fumo cigarros para me manter alerta.
2. Manusear um cigarro é parte do prazer de fumá-lo.
3. Fumar dá prazer e é relaxante.
4. Eu acendo um cigarro quando estou bravo com alguma coisa.
5. Quando meus cigarros acabam, acho isso quase insuportável até eu conseguir outro.
6. Cigarros me fazem companhia, como um amigo íntimo.
7. Eu fumo cigarros automaticamente sem mesmo me dar conta disso.
8. É mais fácil conversar e me relacionar com outras pessoas quando estou fumando.
9. Eu fumo para me estimular, para me animar.
10. Parte do prazer de fumar um cigarro vem dos passos que eu tomo para acendê-lo.
11. Eu acho os cigarros prazerosos.
12. Quando eu me sinto desconfortável ou chateado com alguma coisa, eu acendo um cigarro.
13. Controlar meu peso é uma razão muito importante pela qual eu fumo.
14. Eu acendo um cigarro sem perceber que ainda tenho um outro aceso no cinzeiro.
15. Enquanto estou fumando me sinto mais seguro com outras pessoas.
16. Eu fumo cigarros para me “por para cima”.
17. Às vezes eu sinto que os cigarros são os meus melhores amigos.
18. Eu fumo cigarros quando me sinto triste ou quando quero esquecer minhas obrigações ou preocupações.
19. Eu sinto uma vontade enorme de pegar um cigarro se fico um tempo sem fumar.
20. Já me peguei com um cigarro na boca sem lembrar de tê-lo colocado lá.
21. Eu me preocupo em engordar se parar de fumar.

Nunca ( )      Raramente ( )      Às vezes ( )      Frequentemente( )      Sempre ( )