

Artigo Original

Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo*

Profile of smokers seeking a smoking cessation program

Sergio Ricardo Santos¹, Maria Stela Gonçalves²,
Fernando Sergio Studart Leitão Filho³, José Roberto Jardim⁴

Resumo

Objetivo: Definir o perfil do fumante que procura um serviço de cessação do tabagismo e comparar os perfis observados em homens, mulheres e idosos. **Métodos:** Foram avaliados, prospectivamente, 203 fumantes. Os indivíduos responderam questionários relacionados ao histórico tabagístico, antecedentes psiquiátricos, questionários específicos para depressão e ansiedade, questionário de dependência à nicotina e um questionário geral auto-aplicável. **Resultados:** Nesta amostra, 58,6% dos indivíduos eram do sexo feminino (119). A média de idade para a amostra foi $45,3 \pm 12,0$ anos, sem diferença significativa entre os sexos ($p = 0,391$). A maioria da amostra estudada apresentou classificação econômica C ou superior (84,2%). Sessenta e três por cento dos fumantes possuíam pelo menos o segundo grau completo. Depressão foi muito mais referida entre as mulheres com diferença estatística marginalmente significativa ($p = 0,069$). Porém, avaliando-se depressão pelo Inventário Beck de Depressão, não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos e entre idosos e não-idosos. **Conclusões:** Foram identificados aspectos no perfil dos fumantes que procuraram este serviço que já são reconhecidos na literatura especializada como preditores de insucesso no tratamento (como pertencer ao sexo feminino e diagnóstico de depressão). Isto demonstra a importância de se realizar uma completa avaliação prévia do perfil do fumante que procura um centro especializado, para que medidas possam ser tomadas antes e durante a abordagem do fumante, com o objetivo de se aumentar as taxas de sucesso no tratamento.

Descritores: Ansiedade; Depressão; Tabagismo.

Abstract

Objective: To define the profile of smokers who seek professional assistance through a smoking cessation program and to compare smoker profiles among males, females and elderly people. **Methods:** Two-hundred and three smokers were prospectively evaluated. The participants completed questionnaires related to smoking history, history of psychiatric disorders, depression, anxiety and nicotine dependence as well as a general self-report questionnaire. **Results:** In this sample, 58.6% of the individuals were female (119). The mean age was 45.3 ± 12.0 years, with no statistically significant difference between genders ($p = 0.391$). The majority of the individuals in the sample (84.2%) presented socioeconomic class C or above. Sixty-three percent had at least a high school education. Depression was more often referred to by women, and the difference between genders was borderline significant ($p = 0.069$). However, when depression was evaluated using the Beck Depression Inventory, there was no statistically significant difference between genders and between elderly and nonelderly people. **Conclusions:** In the profile of the smokers who sought assistance, we identified aspects (such as being female and having been diagnosed with depression) that are known predictors of treatment failure. This shows the importance of carrying out a complete pre-evaluation of the profile of a smoker who seeks a smoking cessation program. Thus, procedures can be adopted prior to and during the treatment of the smoker, with the objective of increasing treatment success rates.

Keywords: Anxiety; Depression; Smoking.

Introdução

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, estima-se que existam mais de 1,3 bilhões de fumantes no mundo, sendo o tabagismo responsável por aproximadamente 5 milhões de mortes anuais. Em 2020, o número de mortes anuais atingirá 10 milhões de pessoas.⁽¹⁾

Além das características do consumo tabagístico, fatores como idade, sexo, condição econômica, nível sócio-cultural, idade de início do tabagismo, grau de dependência da nicotina e antecedentes de ansiedade e depressão devem ser avaliados previamente ao acompanhamento, pois podem

* Trabalho realizado no Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo (PrevFumo) da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP) Brasil.

1. Assistente da Disciplina de Pneumologia. Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM – São Paulo (SP) Brasil.

2. Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM – São Paulo (SP) Brasil.

3. Médico do Centro de Reabilitação Pulmonar da Disciplina de Pneumologia. Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM – São Paulo (SP) Brasil.

4. Livre-Docente da Disciplina de Pneumologia. Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM – São Paulo (SP) Brasil.

Endereço para correspondência: José Roberto Jardim. Rua Botucatu, 740, 3º andar, CEP 04023-062, São Paulo, SP, Brasil.

Tel 55 11 5549-1830. Fax 55 11 5573-5035. E-mail: joserjardim@yahoo.com.br

Suporte financeiro: Nenhum.

Recebido para publicação em 18/6/2007. Aprovado, após revisão, em 7/1/2008.

interferir nas taxas de abstinência a curto e longo prazos.^(2,3)

Já se tem conhecimento de que fumantes com maior nível de dependência têm maior probabilidade de participar de um programa organizado para a cessação do tabagismo.⁽⁴⁾ Também já se sabe que as mulheres constituem a maior parte da amostra na maioria dos estudos publicados no Brasil e no exterior sobre fumantes que procuram este tratamento. Além disso, nestes centros, comumente se observa no sexo feminino menores taxas de sucesso.⁽⁵⁻⁸⁾

Com relação aos antecedentes psiquiátricos, estudos prévios mostraram que fumantes com histórico de depressão possuem maior dificuldade em parar de fumar.⁽⁹⁻¹¹⁾ Um estudo observou que fumantes com depressão maior possuem chance três vezes maior de continuarem fumando, quando comparados a fumantes sem o referido histórico, após tratamento do tabagismo.⁽¹¹⁾

No tocante às particularidades do tabagismo em idosos, estudo nacional identificou naqueles do sexo masculino associação negativa entre prevalência do tabagismo e maior grau de instrução (mais de 8 anos), idade avançada (mais de 80 anos) e renda familiar; por outro lado, má percepção de saúde e não ser casado associaram-se ao aumento do risco de se continuar fumando.⁽¹²⁾

Apesar do grande número de levantamentos epidemiológicos encontrados na literatura mundial descrevendo a epidemia tabagística, verifica-se ainda carência de estudos que possibilitem conhecer melhor o perfil dos fumantes que procuram centros especializados no tratamento do tabagismo. A tendência de se moldar novos programas de auxílio à interrupção do tabagismo de acordo com a população-alvo mostra a necessidade de se investigar este perfil na busca de subsídios para se alcançar melhores resultados.

Os objetivos deste estudo foram definir o perfil geral do fumante que procura apoio em um programa de tratamento especializado na cessação do tabagismo e analisá-lo conforme estratificação quanto a sexo, faixa etária e presença de comorbidades psiquiátricas (ansiedade e depressão).

Métodos

Em um estudo prospectivo avaliou-se 203 fumantes atendidos no Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo (PrevFumo) da

Universidade Federal de São Paulo, localizado no Lar Escola São Francisco, na cidade de São Paulo (SP), durante o período de janeiro de 2002 a maio de 2003. Estes fumantes procuraram o PrevFumo após contato com reportagens em algum veículo de mídia (como programas de rádio, televisão, jornais ou revistas), por meio da indicação de algum profissional de saúde ou por recomendação de ex-participantes.

Os fumantes inscritos no Programa de Cessação do Tabagismo do PrevFumo preencheram, durante sua avaliação inicial, um inquérito epidemiológico constituído de questões de múltipla escolha relacionadas a dados pessoais, escolaridade, estado tabagístico, dependência à nicotina avaliada através do questionário de Fagerström,⁽¹³⁾ fatores referentes à dependência e à decisão de deixá-lo, antecedentes de outras doenças, classificação sócio-econômica, antecedentes psiquiátricos relatados pelos fumantes e grau de ansiedade e depressão avaliados com base nos seguintes instrumentos de pesquisa—o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)⁽¹⁴⁾ e o Inventário Beck de Depressão (IBD)⁽¹⁵⁾—para pesquisar a presença e a intensidade da depressão, ambos já validados para aplicação na língua portuguesa. Os fumantes responderam, ainda, um questionário geral auto-aplicável, desenvolvido pelo PrevFumo, composto por 11 questões que se referem aos motivos que os levaram a fumar, conhecimento sobre danos causados pelo tabagismo, motivo que os estimulou a parar de fumar, há quanto tempo tomaram essa decisão, o número de tentativas anteriores, o período que já conseguiram ficar sem fumar, quantas pessoas fumam no domicílio (contando com o indivíduo), se acreditam que para deixar de fumar precisam de ajuda, se sentem prazer em fumar, se concordam em separar áreas para fumantes, se concordam que existam leis para proteger não-fumantes, sua opinião sobre medidas anti-tabagísticas e quais situações poderiam ser um forte motivo para deixarem de fumar.

As faixas etárias foram agrupadas em menores de 15 anos, 15 a 24 anos, 25 a 44 anos, 45 a 64 anos e acima de 65 anos.⁽¹⁶⁾ Porém, os idosos desta população foram considerados os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, em virtude do número pequeno da amostra desses pacientes nesta população.

O presente estudo recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo.

Com relação à análise estatística, os dados obtidos por meio dos questionários foram inicialmente colocados em um banco de dados e foi feita uma análise descritiva baseada em medidas-resumo e tabelas de contingência. Posteriormente, foram aplicados os testes t de Student para amostras não relacionadas, teste do qui-quadrado e teste exato de Fisher, conforme a natureza das variáveis consideradas em cada momento.

Resultados

A média de idade para a amostra foi $45,3 \pm 12,0$ anos, sendo 58,6% (119) dos pacientes do sexo feminino. No caso do sexo masculino, observou-se média de idade de $44,4 \pm 11,3$ anos, enquanto no sexo feminino a média de idade foi $45,8 \pm 11,8$ anos ($p = 0,391$).

O Critério de Classificação Econômica Brasil da Sociedade Brasileira de Pesquisa de Mercado foi utilizado para se estratificar os entrevistados em classes sócio-econômicas, com A1 representando as famílias de maior poder aquisitivo, e E, as de pior nível sócio-econômico.⁽¹⁷⁾ A maior parte da amostra estudada se concentrou nas classes B2 (27,1%) e C (32,0%). Não houve diferenças na comparação da classificação econômica entre os sexos ($p = 0,578$) e para idosos ($p = 0,149$).

Em relação à escolaridade, 63% dos fumantes possuíam pelo menos o segundo grau completo (Tabela 1). Também não houve diferenças estatísticas significantes entre os sexos ($p = 0,931$). Em relação à escolaridade houve diferença estatística significativa na comparação entre os demais fumantes e os idosos ($p = 0,002$).

Avaliando-se os relatos de antecedentes psiquiátricos (depressão, fobias, alcoolismo, anorexia, bulimia e ansiedade), observou-se que depressão (40,4%) e ansiedade (69%) foram os mais descritos. Depressão foi muito mais referida entre as mulheres, com diferença estatística marginalmente significativa ($p = 0,069$); já o alcoolismo foi predominante entre homens ($p < 0,001$). Anorexia e bulimia não foram relatadas. Não se observou qualquer diferença significativa entre idosos e não-idosos.

Além do relato de antecedentes psiquiátricos, foi investigada a presença de depressão e ansiedade mediante a aplicação do IBD e do IDATE, respectivamente.

A avaliação do IBD categoriza os entrevistados em quatro níveis: mínimo, que corresponde à ausência de depressão, com escore variando de 0 a 11; depressão leve, com escore variando entre 12 a 19; depressão moderada, com escore entre 20 a 35, e depressão grave, com escore entre 36 a 63. Na população geral, o IBD apresentou valor médio de 9,4 e variou $13,7 \pm 9,4$. Variou entre 0 e 52 pontos. Os níveis de depressão leve, moderada e grave somaram 50,2% do total avaliado. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos e entre idosos e não-idosos.

A avaliação de ansiedade-traço e ansiedade-estado foi feita apenas nos 128 fumantes que possuíam pelo menos o 2º grau completo de escolaridade, conforme requisito mínimo para aplicação do IDATE.⁽¹⁴⁾ Esta classificação traduz uma avaliação qualitativa, categorizada da seguinte forma:

- inferior: abaixo do 10º percentil
- médio-inferior: entre o 11º e o 24º percentil
- médio: entre o 25º e o 75º percentil
- médio-superior: entre o 76º e o 95º percentil
- superior: acima do 95º percentil

Tabela 1 – Escolaridade.

Classificação	Geral		Masculino		Feminino		Idosos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A	8	3,9	3	3,5	5	4,2	4	16,7
B	36	17,7	14	16,7	22	18,5	9	37,5
C	31	15,3	11	13,1	20	16,8	1	4,1
D	67	33,0	30	35,7	37	31,1	4	16,7
E	61	30,0	26	31,0	35	29,4	6	25,0
Total	203	100,0	84	100,0	119	100,0	24	100,0

A: analfabeto/primário incompleto; B: primário completo/ginasial incompleto; C: ginasial completo/colegial incompleto; D: colegial completo/superior incompleto; E: superior completo.

Tabela 2 – Avaliação da ansiedade-traço, de acordo com o Inventário de Ansiedade Traço-Estado.

Classificação	Geral		Masculino		Feminino		Idosos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Superior	7	5,5	6	10,7	1	1,4	0	0,0
Médio-superior	32	25,0	11	19,6	21	29,2	3	30,0
Médio	70	54,7	29	51,8	41	56,9	4	40,0
Médio-inferior	14	10,9	8	14,3	6	8,3	3	30,0
Inferior	5	3,9	2	3,6	3	4,2	0	0,0
Total	128	100,0	56	100,0	72	100,0	10	100,0

No nível inferior, o indivíduo apresenta baixo estado ou traço de ansiedade; nos níveis intermediários, o indivíduo controla adequadamente os sentimentos ansiogênicos, sem apresentar sinais evidentes de estado ou traço de ansiedade; e no nível superior, o indivíduo apresenta alto estado ou traço de ansiedade.

O IDATE para estado variou entre 24 e 77 pontos, com média $44,3 \pm 10,0$. O IDATE para traço variou entre 22 e 76 pontos, com média $45,9 \pm 10,0$. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os sexos e entre idosos e não-idosos (Tabelas 2 e 3).

O tempo médio de tabagismo, o consumo médio diário de cigarros e o nível de dependência à nicotina (de acordo com a avaliação pelo questionário de tolerância de Fagerström) não mostraram diferenças estatisticamente significantes entre os sexos (Tabela 4). A comparação da idade de início entre os sexos apresentou $p = 0,096$, sendo menor para o sexo masculino.

Os idosos apresentaram semelhança estatística em relação à idade de início do tabagismo, consumo médio de cigarros por dia e o grau de dependência à nicotina, quando comparados aos demais fumantes. Por motivos óbvios, o tempo de tabagismo entre os idosos foi maior que o referido pelos demais ($p < 0,001$).

Questionário geral auto-aplicável

Avaliando os motivos que levaram o entrevistado a ser fumante, foram listados diversos motivos prováveis, sendo que o entrevistado poderia assinalar mais de uma alternativa. As respostas mais encontradas foram: “para imitar amigos” (53,2%) e “por curiosidade” (49,3%).

Na questão seguinte (“Qual o motivo que mais o estimulou a querer parar de fumar?”) também foram listadas alternativas não excludentes, sendo que as mais assinaladas foram: “por decisão própria” (47,3%), “prevenção de doenças” (40,4%) e “insistência de familiares” (33,5%). Já entre os idosos, destacaram-se: “para evitar agravamento de doenças” (66,7%), “por orientação médica” (58,3%) e “por decisão própria” (45,8%). Destas três respostas, as primeiras duas foram as únicas em todo o questionário auto-aplicável que mostraram diferença estatisticamente significativa entre idosos e os outros fumantes ($p = 0,002$, para ambas).

Sobre o tempo existente entre a tomada da decisão de parar de fumar e a entrevista inicial (preenchimento do questionário), foi descrito período inferior a 3 meses para 47,8%, entre 3 e 12 meses para 20,7%, e maior que 12 meses para 31,5% dos entrevistados.

Tabela 3 – Avaliação da ansiedade-estado, de acordo com o Inventário de Ansiedade Traço-Estado.

Classificação	Geral		Masculino		Feminino		Idosos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Superior	5	3,9	4	7,1	1	1,4	0	0,0
Médio-superior	33	25,8	15	26,8	18	25,0	2	20,0
Médio	70	54,7	28	50,0	42	58,3	6	60,0
Médio-inferior	8	6,3	4	7,1	4	5,6	2	20,0
Inferior	12	9,4	5	8,9	7	9,7	0	0,0
Total	128	100,0	56	100,0	72	100,0	10	100,0

O número de tentativas prévias de parar de fumar também foi abordado, sendo que 18,7% nunca haviam tentado, 61% tentaram entre 1 e 3 vezes e 20,3% tentaram 4 vezes ou mais; não houve diferença estatisticamente significativa comparando-se o número médio de tentativas de pacientes com algum grau de depressão com o dos demais ($p = 0,626$), bem como na comparação de ansiosos com os demais ($p = 0,518$). Em seguida, foi questionado o tempo máximo que o entrevistado já havia conseguido ficar sem fumar. O período de apenas algumas horas até 24 h foi citado por 36,4% dos fumantes; 2 a 7 dias por 18,2%; 8 a 30 dias por 18,7%; 31 a 90 dias por 7,4%; 91 dias a um ano por 12,3% e mais que um ano por 6,9%.

Com relação ao número de fumantes no domicílio (incluindo o entrevistado), observou-se que havia apenas 1 fumante nos domicílios em 58,1% dos entrevistados, 2 fumantes em 26,1%, 3 fumantes em 10,8% e 4 ou mais fumantes em 3%; 2% dos entrevistados não responderam.

Dos fumantes entrevistados, 96% referiram necessitar de ajuda para deixar de fumar. Com relação ao prazer de fumar, 70,4% dos entrevistados responderam afirmativamente. Quase a totalidade dos fumantes (94,6%) concordaram em separar áreas de fumantes e não-fumantes.

Os motivos para se parar de fumar foram investigados em uma questão de múltipla escolha, sendo observado que o desejo de promover saúde e prevenir doenças foi o mais citado (91,1%) entre os entrevistados, seguido do desejo de dar bom exemplo às gerações futuras (62,6%) e o desejo de demonstrar independência e auto-controle (53,2%); o motivo menos citado foi o religioso (14,3%).

Discussão

O perfil encontrado para os 203 fumantes avaliados no PrevFumo caracteriza-se pela predominância do sexo feminino, com média de idade

de 45,3 anos, bom nível econômico e elevado grau de escolaridade; a idade de início do tabagismo foi aos 16 anos, com consumo médio aproximado de 30 cigarros por dia, elevado grau de dependência à nicotina e tempo médio de tabagismo de, aproximadamente, trinta anos. Metade da população estudada apresentou algum grau de depressão.

O predomínio de mulheres que procuraram apoio profissional é coincidente com estudos anteriores. Como explicação, podemos citar fatores relacionados à maior dificuldade de parar de fumar entre o público feminino, como a maior prevalência de depressão, o estresse relacionado à dupla jornada de trabalho, a dificuldade na manutenção do peso nas tentativas de cessação e, ainda, a constatação de que mulheres sentem-se mais seguras fumando em situações difíceis ou tristes.^(6,8) Porém, a maior busca entre as mulheres pode estar simplesmente associada à maior facilidade em reconhecer dificuldades no cuidado à saúde e em solicitar ajuda especializada.

O grau de escolaridade vem sendo descrito recentemente como uma das mais importantes variáveis sócio-demográficas no estudo do tabagismo. Em estudos populacionais, a prevalência do tabagismo tem sido maior entre indivíduos de baixa e média escolaridade.⁽¹⁸⁻²⁰⁾ Na nossa investigação, a maioria da população em questão possuía segundo grau completo, um nível educacional superior ao da população brasileira em geral. Tal fato pode ser explicado pela constatação de que os fumantes que procuram apoio para parar de fumar são os que possuem maior acesso à informação em geral, principalmente no que se refere aos cuidados em saúde (aqui incluídos os conceitos de prevenção). Os fumantes com baixo nível de escolaridade, à margem dos programas governamentais de educação para cuidados com a saúde e prevenção de doenças, procurariam menos estes centros de excelência no tratamento da dependência, sem significar, contudo, menor dificuldade ao tentar parar de fumar.^(18,21)

Tabela 4 – Histórico tabagístico e dependência à nicotina.^a

	Fagerström	Número de anos fumando	Idade de início	Número de cigarros/dia
Geral	6,2 ± 2,1 (0,0-10,0)	29,3 ± 12,1 (2,0-68,0)	15,6 ± 4,0 (5,0-30,0)	29,8 ± 14,4 (2,0-80,0)
Masculino	5,9 ± 2,3 (0,0-10,0)	29,0 ± 12,8 (2,0-68,0)	15,0 ± 3,8 (7,0-26,0)	31,3 ± 15,0 (5,0-80,0)
Feminino	6,3 ± 1,9 (1,0-10,0)	29,6 ± 11,6 (5,0-55,0)	15,9 ± 4,1 (5,0-30,0)	28,8 ± 13,9 (2,0-60,0)
Idosos	6,1 ± 2,3 (2,0-10,0)	50,4 ± 6,4 (40,0-68,0)	15,4 ± 4,5 (5,0-24,0)	33,3 ± 15,0 (10,0-60,0)

^aOs dados são apresentados como média ± desvio padrão e a variação (mínimo e máximo).

A crescente observação de que os jovens estão se iniciando na dependência ao tabagismo cada vez mais precocemente se deve à facilidade de experimentação de cigarros entre estes adolescentes nos dias atuais. No Brasil, estudo do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas mostrou que a média de idade para o início regular do tabagismo é 13 anos. Fatores relacionados à influência de amigos, curiosidade e presença de pais fumantes são descritos como relevantes para o início do tabagismo. O presente estudo verificou média de início do tabagismo em um patamar mais elevado, 15,6 anos, não havendo uma explicação clara sobre esta diferença.⁽¹⁹⁻²²⁾

A avaliação da população demonstrou que a ansiedade foi o evento mais relatado como antecedente psiquiátrico. No entanto, a sua avaliação pelo questionário IDATE mostrou que este percentual era mais baixo do que o avaliado por eles próprios. Ao contrário, houve maior detecção de depressão pelo IBD do que auto-relatado. Este dado corrobora a observação de que muitos fumantes que precisam de apoio para parar de fumar desconhecem serem portadores de algum grau de depressão, o que explicaria tentativas mal-sucedidas anteriores. Além disso, muitos destes acreditam estarem apenas ansiosos com questões relacionadas ao cotidiano, retardando a procura de auxílio especializado para diagnóstico e tratamento da depressão e, muitas vezes, também do tabagismo. Não há relato na literatura até o momento que possa confirmar tais achados, deixando clara a necessidade de mais estudos para avaliá-los melhor.

O reconhecer prévio de comorbidades psiquiátricas, como a depressão, está na possibilidade de promover treinamento continuado de equipes de atendimento para a detecção precoce de sinais e sintomas, buscar instrumentos de investigação estruturada para a confirmação diagnóstica para então optar-se por estratégias de tratamento comportamentais e farmacológicas que minimizem o impacto negativo nas taxas de sucesso do tratamento.

Neste estudo não foi observada diferença estatisticamente significativa no número prévio de tentativas de parar de fumar quando comparados pacientes com ou sem depressão; o mesmo ocorreu para ansiedade. Seria esperado que os pacientes com desordens psiquiátricas referissem maior dificuldade em parar de fumar, ou seja, chegassem ao tratamento do tabagismo com número maior de

relatos de tentativas frustradas. Porém, este achado pode ser explicado pela hipótese de que fumantes ansiosos ou deprimidos tentam parar de fumar com menor frequência que fumantes sem estas comorbidades psiquiátricas, impedindo encontrar-se diferença no número relatado de tentativas prévias à busca de apoio profissional. Este número menor de tentativas em fumantes com desordens psiquiátricas seria atribuível à dificuldade em mudar comportamentos ou ao desencadeamento mais freqüente de sinais e sintomas clínicos desagradáveis após a simples redução do consumo tabagístico (fato que inibiria tentativas sérias de se deixar definitivamente o tabagismo).

Para o grupo de idosos (acima de 60 anos), observou-se uma diferença significativa ($p < 0,05$) em relação à escolaridade (nível de escolaridade menor que o observado no restante da amostra). Hoje existe um maior acesso ao ensino, o que pode explicar esta diferença. Em estudo publicado recentemente, 54,4% dos idosos brasileiros não possuíam mais do que três anos de estudo; no estado de São Paulo, o tempo médio de estudo é 4,4 anos, ligeiramente superior à média nacional (3,4 anos).⁽²³⁾ Em nosso grupo, não encontramos diferenças significantes entre homens e mulheres idosos fumantes. Não foram encontradas diferenças na prevalência de depressão e ansiedade entre os idosos e não-idosos. Vinte e um por cento dos idosos em nossa amostra nunca haviam tentado parar de fumar, enquanto 25% já haviam tentado até cinco vezes ou mais.

Neste estudo, os idosos que passaram pela avaliação de perfil foram encaminhados para tratamento em grupos mistos, ou seja, junto a fumantes de diferentes faixas etárias. Estudos recentes mostram que, apesar de ser importante reconhecer os idosos na população geral de fumantes que procura apoio para deixar de fumar, não há evidência que estes devam ser abordados separadamente, em grupos exclusivos.⁽²⁴⁻²⁸⁾

É importante destacar que estudos como este são limitados pelas características dos seus participantes. Não se avaliaram outros importantes subgrupos de fumantes, como os que têm facilidade em parar de fumar (em geral pouco dependentes, e que não precisam de apoio para abandonar o tabagismo), fumantes já gravemente acometidos por alguma doença relacionada ao tabagismo (pela dificuldade ou impossibilidade do acesso), fumantes desmotivados, entre outros. Portanto, os achados

aqui apontados assumem especial relevância aos profissionais que trabalham em clínicas e centros de referência (públicos ou privados), atendendo fumantes que procuram ajuda para abandonar o tabagismo.

Concluindo, conhecer o perfil de um paciente que procura apoio para cessação do tabagismo pode auxiliar na detecção de variáveis já reconhecidas como preditoras de possível insucesso no tratamento, e que não são rotineiramente investigadas, embora sejam comuns entre fumantes, como a depressão e a ansiedade.

Referências

1. Mackay J, Eriksen M, Shafey O. The Tobacco Atlas. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; 2005.
2. Brasil. Ministerio da Saude. Instituto Nacional de Cancer. Abordagem e tratamento do fumante: consenso. Rio de Janeiro: Brasil. Ministerio da Saude. Instituto Nacional de Cancer; 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Ajudando seu paciente a deixar de fumar. Rio de Janeiro: INCA; 1997.
4. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Giovino GA, Hatzianandreu EJ, Newcomb PA, et al. Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help? JAMA. 1990;263(20):2760-5. Erratum in: JAMA 1991;265(3):358.
5. Cohen S, Lichtenstein E, Prochaska JO, Rossi JS, Gritz ER, Carr CR, et al. Debunking myths about self-quit. Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. Am Psychol. 1989;44(11):1355-65.
6. 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.
7. De Godoy I, Tanni SE, Coelho LS, Martin RS, Parenti LC, Andrade LM, et al. Smoking cessation program as a tool for the early diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. J Bras Pneumol. 2007;33(3):282-286.
8. Fernandez E, Schiaffino A, Garcia M, et al. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995: Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. Med Clin (Barc). 2003;120(1):14-6.
9. Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. Am J Psychiatry. 1993;150(4):546-53.
10. Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, Valença AM, Mezzasalma MA, Figueira I, et al. Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. Braz J Med Biol Res. 2002;35(8):961-7.
11. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: findings from an epidemiologic study of young adults. Am J Psychiatry. 1992;149(4):464-9.
12. Peixoto SV, Firmo JO, Lima-Costa MF. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambui Health and Aging Study). Rev Saude Publica. 2005;39(5):746-53.
13. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav. 1978;3(3-4):235-41.
14. Spielberger CD, Biaggio A, Natalicio LF. Manual do IDATE. Rio de Janeiro: CEPA; 1979.
15. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. Braz J Med Biol Res. 1996;29(4):453-7.
16. Altman DG, editor. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall; 1997.
17. Critério de Classificação Econômica Brasil - Como utilizar o critério. Sociedade Brasileira de Pesquisa de Mercado. 1997; 2:31-2.
18. Nerin I, Crucelaegui A, Mas A, Guillén D. Profile of smokers who seek treatment at a smoking cessation clinic [Article in Spanish]. Arch Bronconeumol. 2003;39(7):298-302.
19. Maziak W. Smoking in Syria: profile of a developing Arab country. Int J Tuberc Lung Dis. 2002;6(3):183-91.
20. Gallus S, Colombo P, Scarpino V, Zuccaro P, Apolone G, La Vecchia C. Smoking in Italy, 2002. Tumori. 2002;88(6):453-6.
21. Siddiqui S, Ogbeide DO. Profile of smoking amongst health staff in a primary care unit at a general hospital in Riyadh, Saudi Arabia. Saudi Med J. 2001;22(12):1101-4.
22. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. São Paulo: Cebrid; UNIFESP; 2002.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil; 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
24. Arday DR, Lapin P, Chin J, Preston JA. Smoking patterns among seniors and the medicare stop smoking program. J Am Geriatr Soc. 2002;50(10):1689-97.
25. Appel DW, Aldrich TK. Smoking cessation in the elderly. Clin Geriatr Med. 2003;19(1):77-100.
26. Boyd NR. Smoking cessation: a four-step plan to help older patients quit. Geriatrics. 1996;51(11):52-7; quiz 58.
27. Morgan GD, Noll EL, Orleans CT, Rimer BK, Amfoh K, Bonney G. Reaching midlife and older smokers: tailored interventions for routine medical care. Prev Med. 1996;25(3):346-54.
28. Ossip-Klein DJ, Carosella AM, Krusch DA. Self-help interventions for older smokers. Tob Control. 1997;6(3):188-93.