

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Fatores Associados à Qualidade de Vida em Tabagistas:
Efeitos da Ansiedade e da Depressão**

Márcio Costa Silveira de Ávila

Porto Alegre, 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS

**Fatores Associados à Qualidade de Vida em Tabagistas:
Efeitos da Ansiedade e da Depressão**

Márcio Costa Silveira de Ávila

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marli Maria Knorst

Porto Alegre, 2013

Ficha catalográfica

Costa Silveira de Avila, Marcio
Fatores Associados à Qualidade de Vida em
Tabagistas: Efeitos da Ansiedade e da Depressão /
Marcio Costa Silveira de Avila. -- 2013.
64 f.

Orientador: Marli Maria Knorst.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2013.

1. Tabagismo e qualidade de vida. 2. Tabagismo e
ansiedade. 3. Tabagismo e depressão. 4. Tabagismo e
comorbidades clínicas. I. Maria Knorst, Marli,
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo autor.

DEDICATÓRIA

A toda minha família, meus pais e meu irmão e em especial a minha esposa Patricia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço o incentivo que sempre tive de minha família, Volney Silveira de Avila, Sandra Regina Costa Silveira de Avila e Maurício Costa Silveira de Avila. Também aos meus colegas de profissão, dentre eles destacam-se Thiago Spiazzi Bottega e Jorge Alan de Souza.

Agradeço minha esposa pela paciência e apoio nos momentos difíceis.

Em especial gostaria de agradecer a minha Orientadora Prof. Dra. Marli Maria Knorst pelo ensinamento, orientação, mas principalmente pelo incentivo e demonstração de quão importante este desafio seria para mim.

RESUMO

Introdução: A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) pode estar comprometida em tabagistas, porém os fatores associados com esta redução ainda não são bem conhecidos. **Objetivo:** Estudar os fatores associados com a QVRS em tabagistas. **Métodos:** Estudo transversal que incluiu pacientes sequenciais em avaliação para parar de fumar. Dados clínicos e história tabágica foram coletados na consulta médica. Sintomas de depressão e de ansiedade foram avaliados através dos inventários de depressão de Beck (BDI) e de ansiedade de Beck (BAI), respectivamente. A QVRS foi avaliada através do *Short-Form Survey* (SF-36) *questionnaire*. **Resultados:** Um total de 299 tabagistas, com $53,7 \pm 9,9$ anos foi incluído. Destes, 66,2% eram mulheres. Os valores basais dos escores do BDI e do BAI foram $14,6 \pm 10,1$ e $16,5 \pm 11,9$, respectivamente. Depressão foi diagnosticada em 55,9% e ansiedade em 30,1% dos pacientes. A QVRS mostrou-se comprometida nos tabagistas, sendo os piores escores observados no domínio aspectos emocionais. Os principais fatores associados com os diferentes domínios do SF-36 foram os escores do BAI ($r=-0,448$ a $r=-0,572$; $p<0,01$), do BDI ($r=-0,405$ a $r=-0,627$; $p<0,01$) e o número de comorbidades ($r=-0,157$ a $r=-0,319$; $p<0,01$). A QVRS piorou significativamente com o aumento dos níveis de ansiedade e de depressão. Na análise multivariada tanto a ansiedade como os sintomas depressivos e o número de comorbidades permaneceram como preditores importantes de QVRS na maioria dos domínios do SF-36. **Conclusões:** A QVRS está comprometida em pacientes tabagistas, estando associada com os níveis de ansiedade e de depressão, assim como com o número de comorbidades.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo, fatores preditores, ansiedade, depressão, qualidade de vida.

ABSTRACT

Background: The quality of life related to health (QLRH) may be impaired in smokers, but the factors associated with this reduction are not well known. **Aim:** To study the factors associated with reduced QLRH in smokers. **Methods:** Cross-sectional study that included consecutive patients undergoing evaluation for quitting smoking. Smoking history and clinical data were collected during the medical visit. Symptoms of depression and anxiety were determined using the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Inventory (BAI), respectively. The QLRH was assessed using the Short-Form Survey (SF-36) questionnaire. **Results:** A total of 299 smokers, age 53.7 ± 9.9 years, was studied. Of these, 66.2% were women. Baseline BDI and BAI scores were 14.6 ± 10.1 and 16.5 ± 11.9 , respectively. Depression was detected in 55.9% and anxiety in 30.1% of the patients. QLRH was compromised in smokers, with the worst scores observed in the emotional domain. The main factors associated with the different domains of the SF-36 were the BAI scores ($r=-0.448$ to $r=-0.572$, $p<0.01$), BDI scores ($r=-0.405$ to $r=-0.627$, $p<0.01$) and number of comorbidities ($r=-0.157$ to $r=-0.319$, $p<0.01$). QLRH worsened significantly with the increase of anxiety and depression levels. In multivariate analysis anxiety and depressive symptoms, as well as comorbidities, remained as important predictors of QLRH in most domains of the SF-36. **Conclusions:** QLRH is reduced in smokers, being associated with the levels of anxiety and depression, as well as with the number of comorbidities.

KEY-WORDS: Smoking, predictor factors, anxiety, depression, quality of life.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas	9
Lista de Figuras	10
Lista de Tabelas	11
1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 Tabagismo	14
2.1.1 Breve Histórico do Consumo do Tabaco	14
2.1.2 Nicotina	14
2.1.3 O Tabagismo na Atualidade	16
2.2 Tabagismo e Transtorno do Humor	16
2.2.1 Tabagismo e Depressão	17
2.2.2 Tabagismo e Ansiedade	19
2.2.3 Tabagismo e Outras Doenças Psiquiátricas	21
2.2.4 Avaliação dos Sintomas de Depressão e de Ansiedade	22
2.3 Tabagismo e Qualidade de Vida	23
2.3.1 Instrumentos Utilizados para Avaliação da Qualidade de Vida em Tabagistas	24
2.3.2 Qualidade de Vida em Tabagistas	24
2.3.3 Fatores Associados a Qualidade de Vida em Tabagistas	27
3. JUSTIFICATIVA	28
4. OBJETIVOS	30
4.1 Objetivo Geral	30
4.2 Objetivos Específicos	30
5. REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO	31
6. ARTIGO	39
7. CONCLUSÕES	63
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64

LISTA DE ABREVIATURAS

BAI – *Beck Anxiety Inventory*

BDI – *Beck Depression Inventory*

DP – Desvio Padrão

IIQ – Intervalo Interquartil

IT – Índice Tabágico

JAMA – *Journal of the American Medical Association*

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SF 36 – *36 Item Short Form Health Survey*

SNC – Sistema Nervoso Central

TF – Teste de Fagerström

LISTA DE FIGURAS

Revisão da Literatura

Figura 1 – Estrutura Química da Nicotina 15

Artigo

Figura 1 – Relação entre os escores do inventário de ansiedade de Beck (BAI) e os domínios saúde mental, vitalidade, dor e capacidade funcional do SF-36 59

Figura 2 - Relação entre os escores do inventário de depressão de Beck (BDI) e os domínios saúde mental, vitalidade, dor e capacidade funcional do SF-36 60

LISTA DE TABELAS

Artigo

Tabela 1 – Características basais de 299 pacientes tabagistas	57
Tabela 2 – Coeficiente de correlação entre parâmetros clínico-demográficos e os diferentes domínios do SF-36 em tabagistas	58
Tabela 3 – Análise multivariada mostrando as variáveis clínicas associadas aos diferentes domínios do SF-36 em pacientes tabagistas	61
Tabela 4 – Qualidade de vida nos diferentes domínios do SF-36 estratificada pela intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão em tabagistas	62

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é o ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o tabagismo deve ser considerado uma pandemia, e como tal precisa ser combatido.¹

Embora haja ampla divulgação dos malefícios do tabagismo nas últimas décadas, e que múltiplos estudos tenham evidenciado o consumo do tabaco como o fator de risco modificável de mortalidade de maior impacto na sociedade, os números que representam a proporção da população mundial acima de 15 anos que fuma permanecem alarmantes. Mais de 1,2 bilhões de pessoas mantêm a prática do tabagismo e a OMS estima que o tabagismo seja responsável por 4-5 milhões de mortes por ano no mundo, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia.²⁻⁸ Caso as atuais tendências de consumo do tabaco sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos).³

No Brasil a prevalência de tabagismo em indivíduos maiores de 18 anos é de aproximadamente 16,1%, sendo maior em homens (20,5%) e menor em mulheres (12,4%).⁹ Estima-se, portanto, aproximadamente 17 milhões de homens e 12,5 milhões de mulheres fumantes no Brasil. A distribuição entre as classes sociais não é homogênea, sendo que a prevalência de tabagismo em indivíduos com menor escolaridade (≤ 8 anos) é maior. O número de cigarros consumidos/dia no sexo masculino é aproximadamente o dobro que o número

entre as mulheres. No Brasil ocorrem cerca de 220 mil mortes/ano, devido à doenças tabaco relacionadas.¹⁰⁻¹²

Além do aumento da mortalidade, estudos sugerem que o tabagismo tenha um impacto mais amplo na vida de seus dependentes.¹³ No intuito de compreender melhor esta complexa relação da nicotina e seus dependentes, múltiplas variáveis qualitativas e quantitativas podem ser úteis. Dentre as mais utilizadas encontram-se as medidas objetivas de qualidade de vida e de transtornos do humor (depressão e ansiedade). Portanto, a interação qualidade de vida e transtornos do humor no tabagista é motivo de grande interesse no entendimento da dependência e na abordagem da doença.

Diante disso, na revisão de literatura que se segue, será abordado o tema tabagismo e suas relações com qualidade de vida e transtornos psiquiátricos (depressão e ansiedade).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Tabagismo

O tabagismo historicamente foi considerado como um hábito, atualmente é definido como uma doença causada pela dependência da substância nicotina. Está incluído no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa, segundo a Décima Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

2.1.1 Breve Histórico do Consumo do Tabaco

A América é considerada o berço do uso do tabaco no mundo, com relatos de seu uso por aborígenes em cerimoniais religiosos, com objetivo de obter um estado alucinógeno ao aspirá-lo. O contato do mundo “civilizado” com o tabaco ocorreu após Colombo aportar neste continente, onde o plantio de tal erva já era difundido entre as tribos, e no século XVI foi transportado para Espanha, Portugal, França e Inglaterra. O tabaco logo espalhou-se pela Europa e 50 anos após, seu uso tornou-se popular entre todas as classes sociais.¹⁴⁻¹⁶

2.1.2 Nicotina

O termo nicotina foi derivado do sobrenome do botânico francês Jean Nicot, que primariamente estudou a planta tabaco proveniente da América em 1560. Na primeira classificação científica das plantas, realizada por Lineu em 1737 já se encontrava a *Nicotiana tabacum*. Somente em 1818, Posselt e

Reimann deram o nome “Nikotin” ao princípio ativo descoberto no tabaco, em lembrança ao Dr. Jean Nicot.

A nicotina é uma amina terciária composta de anéis de piridina e pirolina (Figura 1). No tabaco estão presentes duas formas racêmicas: l-nicotina e d-nicotina, sendo a primeira 100 vezes mais ativa farmacologicamente, constituindo 90% do total. A nicotina é uma droga de alta toxicidade, sendo utilizada inclusive como inseticida na agricultura há mais de um século.¹⁷

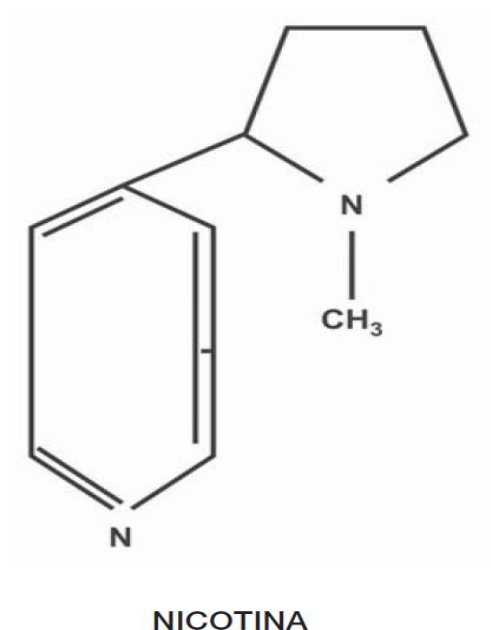


Figura 1 – Estrutura Química da Nicotina. (Adaptado do livro Nicotina – droga universal. José Rosemberg).

Fumar é a principal forma de administração da droga no mundo. Após tragada, é absorvida pela mucosa oral e pelos capilares pulmonares, atravessa a barreira alvéolo-capilar e atinge o cérebro após cerca de de 6 a 12 segundos.¹⁸ Os fumantes de 20 cigarros por dia, com média de 10 tragadas por cigarro sofrem

200 impactos de nicotina no sistema nervoso central (SNC) por dia e 73 mil impactos por ano. Após atingir o SNC a nicotina é difundida por todas as áreas até o córtex, tendo efeitos em múltiplos sistemas cerebrais (dopaminérgico, límbico, simpático e parassimpático).¹⁹ Portanto, a nicotina é uma substância de fácil absorção com alto poder de ação sobre o SNC, responsável pelo poder de dependência química do ato de fumar.

2.1.3 O Tabagismo na Atualidade

Múltiplos esforços nacionais e internacionais vem sendo realizados para diminuir o número global de tabagistas, com intuito de reduzir a morbidade e a mortalidade global.¹ Para isto o tabagismo deve ser abordado como um transtorno de dependência química, psicológica e social. O tratamento para cessar de fumar deverá considerar o contexto clínico, a gravidade da dependência à nicotina, a idade de início do consumo do tabaco, as comorbidades, a história familiar e a motivação para cessar, assim como os condicionamentos, as situações e os sentimentos relacionados com o tabagismo.²⁰

2.2 Tabagismo e Transtornos do Humor

Diversas comorbidades podem estar presentes nos pacientes tabagistas, algumas delas estão diretamente relacionadas com o ato de fumar. Mais recentemente ênfase especial tem sido dada à relação entre tabagismo e doenças psiquiátricas. Entre estes transtornos psiquiátricos se destacam a ansiedade, a depressão e o abuso de outras substâncias psicoativas.^{21,22}

2.2.1 Tabagismo e Depressão

A relação entre dependência à nicotina e transtornos psiquiátricos vêm atraindo interesse crescente desde a última década.²³ O estudo da extensão e das repercussões desta relação tem grande importância para a prática clínica, dada a alta prevalência do consumo do tabaco na população em geral e, ainda, a descrição da prevalência de tabagismo, sensivelmente maior, entre os pacientes psiquiátricos do que no restante da população.^{24,35}

O abuso de substâncias tem sido relacionado à ocorrência de episódios depressivos, no entanto, até recentemente, estes achados não diziam respeito à dependência da nicotina.^{26,27} Desde o fim da década de 1970, diversos autores passaram a relacionar o tabagismo a aspectos negativos da afetividade, tais como tensão, ansiedade, irritabilidade, humor e sintomas depressivos em geral.^{28,29} Pomerleau *et al.*³⁰ estabeleceram a proposição de que os fumantes com história de sintomas depressivos teriam mais dificuldades para deixar de fumar e chamaram atenção para a ocorrência de sintomas depressivos em pacientes que realizavam programas de tratamento para o tabagismo. Hughes *et al.*³¹ verificaram a prevalência de 49% de tabagismo entre pacientes deprimidos em tratamento ambulatorial. Este resultado foi posteriormente replicado em um estudo clínico no qual 61% dos fumantes tinham histórico de transtorno depressivo no passado e este achado diminuía a probabilidade de sucesso da cessação do tabagismo. Posteriormente, foram realizados inquéritos, com base comunitária, que reforçaram a associação entre a depressão e o tabagismo.^{32,33}

No que diz respeito à depressão, alguns autores consideram que a qualidade de vida prejudicada pode ser tanto um precursor como uma consequência da depressão nos tabagistas.³⁴

A relação entre tabagismo e depressão tem importância expressiva no contexto do tratamento da dependência da nicotina. Por um lado, há a possibilidade de que a depressão predisponha a recaídas e ao consequente fracasso de uma tentativa de parar de fumar; por outro lado, parar de fumar pode facilitar o desenvolvimento de episódios depressivos com sintomas graves. Diversos autores descreveram a probabilidade aumentada de ocorrência de episódios depressivos no período de abstinência da nicotina, sendo maior a possibilidade para pacientes com histórico de episódios depressivos no passado.^{1,35,36}

Um estudo realizado com pacientes em um programa de tratamento para dependência da nicotina evidenciou que 75% dos pacientes com histórico de episódios depressivos no passado desenvolveram sintomas depressivos na primeira semana de tratamento, enquanto apenas 30% dos pacientes sem histórico apresentaram a mesma queixa.³⁷ Uma incidência de episódios depressivos entre 4% e 7% foi descrita após dez semanas de tratamento sem uso de nicotina, e pode estar relacionada a algumas variáveis sociodemográficas, como o sexo feminino, risco três vezes maior de ocorrer em indivíduos com nível universitário e probabilidade duas vezes maior em indivíduos com início do consumo de cigarros na adolescência.^{38,39}

Lemos *et al.*⁶ verificaram que 50% dos pacientes psiquiátricos fumavam, e somente 15% desses conseguiram parar de fumar. Entretanto, dos 25% fumantes

da população geral, aproximadamente 50% tiveram êxito na cessação. Os portadores de transtornos mentais parecem ser mais suscetíveis à dependência de nicotina, pois essa tem uma influência positiva sobre o humor e a cognição.

Estudo realizado com adolescentes entre 15 e 16 anos mostrou que os sintomas depressivos eram fatores capazes de predizer o consumo de nicotina na idade adulta. Os autores sugerem que, no tratamento do tabagismo, deveriam ser identificados subgrupos de fumantes com características específicas: início precoce do tabagismo, doenças que sofrem agravos pelo tabaco, depressão e uso de substâncias psicoativas.⁴⁰

A presença de sintomas depressivos no início do tratamento da dependência da nicotina mostrou-se bom preditor de abstinência após 12 meses, embora uma recente metanálise não confirmasse o histórico de sintomas depressivos ao longo da vida como fator ligado ao sucesso nas tentativas de tratamento.^{41,42} As evidências fornecidas a partir de estudos recentes sugerem a necessidade do aprofundamento das pesquisas neste campo, pois a elucidação dos mecanismos subjacentes à dependência da nicotina e à depressão pode fornecer elementos fundamentais para uma maior eficácia dos programas de tratamento.

2.2.2 Tabagismo e Ansiedade

Além dos transtornos depressivos, os transtornos de ansiedade também se relacionam com o tabagismo. Os transtornos de ansiedade são os transtornos psiquiátricos mais prevalentes, mas menos de 30% dos indivíduos que sofrem de ansiedade procuram tratamento.⁴³ O mesmo autor ainda relata que

aproximadamente um em cada quatro indivíduos nos Estados Unidos relata história de pelo menos um transtorno de ansiedade durante a vida. Tais transtornos geralmente se concentram em indivíduos jovens (com pico de prevalência entre 25 e 44 anos), do sexo feminino, com pouca escolaridade, não-casados e sem filhos.^{44,45}

Existe maior prevalência de fumantes entre pacientes com ansiedade e maior ansiedade entre os fumantes. Além disso, os pacientes com ansiedade que fumam, apresentam maior consumo de números de cigarros diários e menor taxa de êxito na cessação que os pacientes não ansiosos. Indivíduos com maior intensidade de sintomas de ansiedade apresentam maior chance de serem tabagistas.⁴⁶⁻⁴⁹

A relação causal entre transtorno de ansiedade e tabagismo é tema de muita discussão na literatura internacional. Algumas teorias, não-excludentes são postuladas, dentre elas destacam-se três. Primeiro, o comportamento tabágico aumentaria a chance de desenvolver transtornos de ansiedade, através do efeito neuromodulador da nicotina no SNC.^{50,51} Segundo, os sintomas de ansiedade aumentariam a chance de iniciar o hábito tabágico, assim a nicotina seria usada como ansiolítico.^{52,53} Terceiro, os transtornos de ansiedade e tabagismo poderiam ser cofatores, por exemplo, indivíduos de classes socioeconômicas menos favorecidas, teriam maior prevalência de ansiedade e também fumariam mais.⁵⁴

Outro estudo sobre o tema, foi realizado por Lopes *et al.*,⁵⁵ que avaliaram 277 pacientes com ansiedade ou transtorno depressivo, para investigar a prevalência de tabagismo nesses grupos. Na amostra, havia 23,3% dos pacientes com transtorno de pânico, 15,6% com ansiedade social e 7,3% com outros

transtornos de ansiedade. Os autores encontraram 26,3% de tabagistas, 23,7% de tabagistas em abstinência e 50% de não-tabagistas. A frequência do tabagismo não variou significativamente entre os grupos. Embora o grupo com ansiedade social tenha mostrado uma maior dependência à nicotina, não houve diferença estatisticamente significativa em relação aos demais grupos.

Portanto, a relação entre tabagismo e ansiedade já foi objeto de diversos estudos. Entretanto, a relação entre tabagismo, ansiedade e qualidade de vida foi menos estudada, e dados concretos na literatura sobre esta associação são escassos.

2.2.3 Tabagismo e Outras Doenças Psiquiátricas

Recentemente, alguns estudiosos vêm efetuando pesquisas de cunho qualitativo (baseadas principalmente em relatos dos sujeitos), para obter uma compreensão mais abrangente sobre a dinâmica psicológica subjacente ao tabagismo em pacientes psiquiátricos. Lawn *et al.*⁵⁶ por exemplo, entrevistaram um grupo de 24 pacientes fumantes, composto de esquizofrênicos, portadores de transtorno bipolar, depressão maior e transtornos de personalidade. O objetivo do trabalho foi identificar similaridades e diferenças no comportamento de fumar tabaco e as percepções dos pacientes acerca da ligação entre a doença mental e o tabagismo. Segundo os autores, o estudo trouxe à luz temas ainda não existentes na bibliografia, demonstrando que o tabagismo pode assumir um papel de significado existencial na vida de populações psiquiátricas.

O estudo acima reconhece e confirma dados de pesquisas de natureza biológica, como o consumo de tabaco para alívio de efeitos colaterais de

medicações e tentativa de automedicação dos sintomas da doença. Entretanto, segundo os fumantes entrevistados, a principal barreira para o abandono do tabaco parece ser o sentimento de desespero por ser portador de uma doença mental, a falta de esperança em recuperação e a necessidade de controle. Além disso, as desigualdades nas percepções e nos padrões de consumo de tabaco encontradas entre pacientes com diferentes transtornos mentais sugerem que a intervenção pode ser mais eficaz se o diagnóstico psiquiátrico for também levado em consideração durante o tratamento.⁵⁶

Isso leva a crer que a conjugação de técnicas de coleta de dados de cunho quantitativo e qualitativo em pesquisas sobre a relação tabagismo–psicopatologia pode enriquecer o conhecimento científico nessa área, subsidiando a atuação dos profissionais na assistência a pacientes fumantes com transtornos psiquiátricos.

2.2.4 Avaliação dos Sintomas de Depressão e de Ansiedade

O diagnóstico da depressão e do transtorno de ansiedade é realizado através de critérios clínicos⁵⁷ e diversos questionários estão disponíveis para a quantificação destes sintomas. Entre os mais utilizados encontram-se o *Beck Anxiety Inventory* (BAI) e o *Beck Depression Inventory* (BDI) que avaliam respectivamente sintomas de ansiedade e de depressão.

O BAI é um questionário auto-aplicável de 21 ítems com o poder de mensurar gravidade de sintomas de ansiedade em uma determinada população, com consistência ($r=0,92$) e replicabilidade ($r=0,75$) adequadas. Além disso, o BAI também é capaz de distinguir os sintomas do grupo de ansiedade (por exemplo pânico, ansiedade generalizada) e grupo depressivo (por exemplo depressão

maior e distímia). Os sintomas de ansiedade são graduados como leves com escores do BAI entre 8 e 15, moderados com escores entre 16 e 25 e graves quando o escore foi superior à 25 pontos.⁵⁸

O BDI é um questionário que consiste na quantificação de 21 sintomas e atitudes, com graduação de 0 a 3, com objetivo de verificar a intensidade dos sintomas depressivos. Inicialmente foi desenvolvido para ser aplicado por pessoas treinadas, porém atualmente é considerado auto-aplicável. Os pontos de corte mais utilizados são: < 10 ausência / mínimos sintomas depressivos, 10-18 sintomas leves, 19-29 moderados e ≥ 30 sintomas depressivos graves.⁵⁹

2.3 Tabagismo e Qualidade de Vida

Historicamente o termo qualidade de vida é artigo de interesse de poetas e filósofos, porém recentemente vem sendo motivo de estudos de médicos e pesquisadores devido a sua importância na vida dos indivíduos, tornando-se sua quantificação necessária.⁶⁰⁻⁶²

A qualidade de vida é atualmente definida pela OMS como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".⁶³

Em termos gerais, os fumantes possuem uma menor expectativa de tempo de vida livre de doença e permanecem por mais tempo doentes durante a vida que os não-fumantes.^{64,65} Uma abordagem mais ampla no impacto de saúde global dos tabagistas vem sendo estudada por vários autores, sendo que até o

momento relativamente pouco é conhecido sobre o efeito do tabagismo no estado geral de saúde, incluindo bem estar pessoal e funcional.⁶⁶

2.3.1 Instrumentos usados para avaliar a qualidade de vida em tabagistas

Para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde diversos instrumentos e questionários podem ser utilizados. O *36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil entendimento e administração, e não tão extenso quanto seus anteriores.^{67,68} Este instrumento foi validado para a língua portuguesa em 1999, em um estudo com pacientes com artrite reumatóide.⁶⁹

O SF-36 é um questionário formado por 36 itens, englobados em 8 domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 -100, onde 0 se refere ao pior estado geral de qualidade de vida e 100 ao melhor.⁶⁷

2.3.2 Qualidade de vida em tabagistas

A associação entre tabagismo e qualidade de vida passou a ser tema de interesse de diversas investigações. Os autores que avaliaram qualidade de vida em tabagistas encontraram em termos gerais um ponto em comum: uma pior qualidade de vida em indivíduos que não fumavam em comparação com os que fumavam.⁷⁰⁻⁷⁴

Wilson *et al.*⁷⁵ compararam não tabagistas, ex-tabagistas e tabagistas leves (menos de 15 cigarros/dia), moderados (entre 15 e 24 cigarros/dia) e graves

(25 ou mais cigarros/dia) quanto à intensidade do consumo do tabaco e à qualidade de vida. A qualidade de vida mensurada pelo SF-36 foi significativamente pior nos fumantes com consumo moderado à grave, em comparação com o grupo de não fumantes. O impacto sobre a qualidade de vida também foi observado no grupo de tabagistas considerados como leves. Os escores nos diferentes domínios do SF-36, com exceção do domínio aspectos físicos, foram inferiores no grupo que fumou menos de 15 cigarros por dia, em comparação com os não tabagistas.

A gravidade do consumo de tabaco e a qualidade de vida também foi estudada por Schmitz *et al.*⁷⁶ O consumo de 1 a 9 cigarros ao dia foi considerado como tabagismo leve, de 10 a 19 moderado e > de 20 cigarros ao dia como tabagismo pesado. Os autores observaram a presença de comorbidade psiquiátrica em mais da metade dos tabagistas. Os tabagistas apresentaram escores inferiores, isto é, pior qualidade de vida em relação aos não tabagistas em sete dos oito domínios do SF-36, e a principal diferença foi constatada no domínio mental da escala. Nos ex-tabagistas, a qualidade de vida foi pior do que nos indivíduos que nunca fumaram. A carga cumulativa da exposição ao tabaco parece desempenhar um papel na qualidade de vida. Ex-tabagistas e tabagistas pesados apresentaram escores menores do SF-36 que ex-tabagistas e tabagistas ativos, com menor consumo de tabaco. Mitra *et al.*⁷⁰ e Martinez *et al.*⁷⁴ não observaram diferença na dimensão física da qualidade de vida, quando compararam ex-tabagistas e tabagistas. Um aspecto a ser ressaltado é que, nos dois estudos acima, indivíduos com qualquer doença crônica associada ao tabaco foram excluídos, e este fato pode ter influenciado nos resultados.

Outros autores estudaram a qualidade de vida de tabagistas relacionando-a com o consumo de cigarros. Eles observaram uma relação entre consumo de cigarros ao longo de um ano e qualidade de vida. Indivíduos com maior consumo apresentavam menores escores no domínio estado geral de saúde do SF-36.⁷⁷

Sales *et al.*⁷⁸ conduziram uma pesquisa para avaliar a variação dos escores de qualidade de vida do SF-36 antes de parar de fumar e um ano após a cessação. A qualidade de vida foi significativamente melhor nos 40 ex-fumantes do que nos 20 fumantes ativos, sendo que os domínios aspectos emocionais, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental foram os que mais variaram positivamente. Os autores concluíram que a abstinência tabágica está relacionada com a melhora na qualidade de vida especialmente nos aspectos relacionados à saúde mental.

Portanto, o fator qualidade de vida pode ter um papel mais imediato na motivação ao abandono ao cigarro, em comparação com a redução de risco de doenças tabaco-relacionadas. A explicação para isto deve-se que o benefício da redução de risco das doenças associadas ao tabaco, como câncer e doenças cardiovasculares, só costumam ocorrer após um tempo prolongado de abstinência.^{71,72,73,76}

Concluindo, a abstinência tabágica não apresenta ganhos somente para redução de riscos orgânicos e alívio de sintomas. A cessação do tabagismo pode apresentar efeitos positivos sobre a qualidade de vida, principalmente sobre o domínio de saúde mental. Tais dados podem ser úteis na abordagem dos tabagistas.⁷⁹

2.3.3 Fatores associados à qualidade de vida em tabagistas

Como dito anteriormente existe uma correlação entre o tabagismo e a piora da qualidade de vida aferida pelo SF-36. Pouco se sabe sobre a real interferência do hábito tabágico nos vários domínios do SF-36. Sugere-se uma relação causal direta do tabagismo tendo em vista que pacientes tabagistas, quando param de fumar, apresentam melhora na qualidade de vida, e que esta retorna a piorar quando o tabagismo é retomado.⁷⁰

Entre os vários domínios do SF-36, o que parece sofrer maior influência do tabagismo é o estado mental.^{78,79} Fatores como a quantidade de cigarros consumidos por dia e o grau de dependência à nicotina foram previamente associados à qualidade de vida em tabagistas.⁷⁵⁻⁷⁷ Porém múltiplas variáveis podem estar relacionadas com a qualidade de vida em tabagistas, necessitando este tema ser melhor estudado.

3. JUSTIFICATIVA

O tabagismo é atualmente considerado pandemia e como tal deve ser combatido.¹ No Brasil em torno de 16,1% da população adulta é tabagista, o que perfaz em torno de 17 milhões de homens e 12,5 milhões de mulheres.⁹ A droga lícita e viciante que causa a dependência é a nicotina, que apresenta importantes efeitos neuroquímicos no SNC.¹⁸ No Brasil ocorrem 220 mil mortes/ano, devido a doenças tabaco relacionadas.¹²

Além das doenças causadas pelo consumo do tabaco, que colocam o tabagismo como o fator modificável de maior impacto na mortalidade mundial, estudos sugerem que o tabagismo tenha um impacto mais amplo na vida de seus dependentes, dentre eles destacam-se os transtornos do humor e a qualidade de vida.^{1,2,3}

Tanto a depressão como o transtorno de ansiedade sofrem influência e influenciam o hábito tabágico. Fumantes apresentam maior risco de desenvolver transtornos do humor e pacientes com transtornos do humor fumam mais e têm menor chance de permanecer abstinente.^{21,22,34}

A qualidade de vida vem sendo estudada como desfecho em diversos cenários clínicos. Sabe-se atualmente que fumantes apresentam menor qualidade de vida em comparação com não-fumantes.⁷⁰ Entretanto, os fatores que determinam a pior qualidade de vida entre fumantes ainda são pouco conhecidos. Sabe-se que o domínio saúde mental parece ser o que mais sofre influência na aferição da qualidade de vida pelo SF-36, porém mais estudos são necessários neste sentido.⁷⁷

Portanto, dados na literatura reforçam que a qualidade de vida está negativamente ligada ao tabagismo e que além das comorbidades clínicas, as comorbidades psiquiátricas apresentam forte influência no comportamento tabágico. O conhecimento mais aprofundado da relação entre estas três variáveis: qualidade de vida, comorbidades clínicas e comorbidades psiquiátricas pode trazer dados importantes no melhor entendimento desta doença e trazer subsídios para uma melhor abordagem terapêutica individual.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade de vida e os fatores relacionados com a mesma em pacientes tabagistas.

4.2 Objetivos Específicos

- Estudar a associação entre características demográficas e clínicas e qualidade de vida em tabagistas.
- Analisar a relação entre número de comorbidades e qualidade de vida em tabagistas.
- Verificar a associação entre sintomas depressivos e de ansiedade e qualidade de vida em tabagistas.

5. REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2011. Warning about the dangers of tobacco is the third in a series of WHO reports that tracks the status of the tobacco epidemic and the impact of interventions implemented to stop it. 2011. Acessada de: http://www.who.int/tobacco/global_report/en/ em 08/07/2013.
2. Brundtland GH: Achieving worldwide tobacco control. JAMA 2000; 284:750-1.
3. World Health Organization. Framework convention on tobacco control. 2005. Geneve, WHO Library. Ref Type: Report.
4. Costa e Silva V, Koifman S. Smoking in Latin America: a major public health problem. Cad Saude Publica 1998; 14:1-16.
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. BMJ 2004; 328:1519-33.
6. Jha P, Chaloupka FJ. Tobacco control in developing countries. Oxford University Press, 2000. pp 489.
7. Mackay J, Eriksen M, Shafey O: The tobacco atlas Atlanta, American Cancer Society, World Health Organization, Brighton UK, 2006.
8. Vollset ES, Tverdal A, Gjessing H: Smoking and deaths between 40 and 70 years of age in women and men. Ann Intern Med 2006; 144:381-9.
9. Malta DC, Moura EC, Silva AS, Oliveira PPV, Costa e Silva VL: Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e Distrito Federal, Brasil, 2008. J Bras Pneumol 2010; 36:75-83.
10. Galduroz JCF, Noto AR, Nappo AS, and Carlini EA. Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. UNIFESP. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. 2004.

11. Menezes AM, Perez-Padilla R, Jardim JR, Muino A, Lopez MV, Valdivia G, Montes de Oca M, Talamo C, Hallal PC, Victora CG, PLATINO Team: Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet* 2005; 366:1875-81.
12. Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo: dados e números. Acessada de www.inca.gov.br, em 08/07/2013.
13. Laaksonen M, Rahkonen O, Martikainen P, Karvonen S, Lahelma E. Smoking and SF-36 health functioning. *Prev Med* 2006; 42:206-9.
14. Vigie M. *L' herb à Nicot*. Ed Fayard, Paris. 1989.
15. Brooks JE. *The Mighty Leaf, Tobacco Through the Countries*. Ed A. Redman Ltda. Londres, 1953.
16. Bauderon, B. *Pharmacopée*. Ed Rouen. 1561.
17. National Institute of Health – Department of Health and Human Review and evolution of smoking cessation methods. Washington, 1987.
18. Le Houezec J. Role of nicotine pharmacokinetics in nicotine addiction and nicotine replacement therapy: a review. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7:811-9.
19. Rosemberg J. *Pandemia do Tabagismo. Enfoques históricos e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo*. 2002.
20. West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J: Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction* 2005; 100:299-303.
21. Breslau N, Novak SP, Kessler RC: Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry* 2004; 55:69-76.
22. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Daily smoking and the subsequent onset of psychiatric disorders. *Psychol Med* 2004;. 34:323-33.

23. Glassman AH, Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993;150:546-53.
24. Tanskanen A, Viinamaki H, Koivumaa-Honkanen H, Jaaskelainen P, Lehtonen J. Smoking among psychiatric patients. *Eur J Psychiat* 1997; 11:179-88.
25. Hitsman B, Borrelli B, Mccharge DE, Spring B, Niaura R. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Cons Clin Psychol* 2003; 71:557-63.
26. Dilsaver SC. The pathologies of substance abuse and affective disorders: an integrative model? *J Clin Psychopharmacol* 1987; 7:1-10.
27. Bukstein OG, Brent DA, Kaminet Y. Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *Am J Psychiatry* 1989; 146:1131-41.
28. Waal-Manning HJ, De Hamel FA. Smoking habit and psychometric scores: a community study. *N Z Med J*1978; 88:188-91.
29. Dierker L, Avenevoli S, Merikangas K, Fkahery B, Stolar M. Association between psychiatric disorders and the progression of tobacco use behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:1159-67.
30. Pomerleau OF, Adkins D, Ertshuk M. Predictors of outcome and recidivism in smoking cessation treatment. *Addict Behav* 1978; 3:65-70.
31. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1986; 143:993-7.
32. Frederick T, Frerichs RR, Clark VA. Personal health habits and symptoms of depression at the community level. *Prev Med* 1988; 17:173-82.
33. Perez-Stable EJ, Marin G, Marin BV, Katz MH. Depressive symptoms and cigarette smoking among Latinos in San Francisco. *Am J Public Health* 1990; 80:1500-2.
34. Moore M, Höfer S, McGee H, Ring L. Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective? *Health and Quality of Life Outcomes* 2005; 3:1. Acessada de <http://www.hqlo.com/content/3/1/1>.

35. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Major depression following smoking cessation. *Am J Psychiatry* 1997; 154:263-5.
36. Bock BC, Goldstein MG, Marcus BH. Depression following smoking cessation in women. *J Subst Abuse* 1996; 8:137-44.
37. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Depression and depressive symptoms in smoking cessation. *Compr Psychiatry* 1990; 31:350-4.
38. Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg A, Hayward C, Varady A. Onset of major depression during treatment for nicotine dependence. *Addict Behav* 2003; 28:462-70.
39. Tsoh JY, Humfleet JF, Munoz RF, Reus VI, Hartz DT, Hall SM. Development of major depression after treatment for smoking cessation. *Am J Psychiatry* 2000; 157:368-74.
40. Kandel DB, Davies M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:255-62.
41. Vazquez F, Becona E. Depression and smoking in a smoking cessation program. *J Affect Disorders* 1999; 55:125-32.
42. Hitsman B, Borrelli B, Mccharge DE, Spring B, Niaura R. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Cons Clin Psychol* 2003; 71:557-663.
43. Lepine JP. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:4-8.
44. McEvoy PM, Grove R, Slade T. Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust NZ J Psychiatry* 2011; 45:957–67.
45. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:617–27.

46. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health* 2009; 9:285-92.
47. Lawrence D, Considine J, Mitrou F, Zubrick SR. Anxiety disorders and cigarette smoking: Results from the Australian Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust NZ J Psychiatry* 2010; 44:520-7.
48. Tobias M, Templeton R, Collings S. How much do mental disorders contribute to New Zealand's tobacco epidemic? *Tob Control* 2008; 17:347-50.
49. Mykletun A, Overland S, Aaro LE, Liabo HM, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study. *Eur Psychiatry* 2008; 23:77-84.
50. Iniguez SD, Warren BL, Parise EM, Alcantara LF, Schuh B, Maffeo ML, Manojlovic Z, Bolanos-Guzman CA. Nicotine exposure during adolescence induces a depression-like state in adulthood. *Neuropsychopharmacol* 2009; 34:1609-24.
51. Zvolensky MJ, Schmidt NB, McCreary BT. The impact of smoking on panic disorder: an initial investigation of a pathoplastic relationship. *J Anxiety Disord* 2003; 17:447-60.
52. Patton GC, Carlin JB, Coffey C, Wolfe R, Hibbert M, Bowes G. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *Am J Public Health* 1998; 88:1518-22.
53. Tjora T, Hetland J, Aaro LE, Overland S. Distal and proximal family predictors of adolescents' smoking initiation and development: a longitudinal latent curve model analysis. *BMC Public Health* 2011; 11:911-6.
54. Schaap MM, Kunst AE. Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: learning from the experiences of recent scientific studies. *Public Health* 2009;123:103-9.

55. Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, Valença AM, Mezzasalma MA, Figueira AI Nardi AE. Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. *Braz J Med Biol Res* 2002; 35:961-7.
56. Lawn SJ, Pols RG, Barber JG. Smoking and quitting: a qualitative study with community-living psychiatric clients. *Soc Sci Med* 2002; 54:93-104.
57. American Psychiatric Association [APA]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed (DSM-IV). Washington (DC): APA; 1994.
58. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *J Consult and Clin Psychol* 1988; 56:893-7.
59. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol* 1988; 8:77-100.
60. Bowling A, Braier J. Quality of life in social science and medicine. *Soc Sci Med* 1995; 41:1337-8.
61. Faden R, Leplège A: Assessing quality of life. Moral implications for clinical practice. *Med Care* 1992; 30:166-75.
62. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore B. Quality of life measures in health care. Applications and issues in assessment. *B Med J* 1992; 305:1074-7.
63. WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J , Kuyken W, (editors). *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p 41-60.
64. Brønnum-Hansen H, Juel K. Abstention from smoking extends life and compresses morbidity: a population based study of health expectancy among smokers and never smokers in Denmark. *Tob Control* 2001; 10:273-8.
65. Nusselder WJ, Looman CW, Marang-van de Mheen PJ, Mackenbach JP. Smoking and the compression of morbidity. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54:566-74.

66. Bedmar MG, Gomez MS, Gracia EG, Rastrollo MB, Gonzalez MAM. Smoking Status, Changes in Smoking Status and Health-Related Quality of Life: Findings from the SUN Cohort. *Int J Environ Res Public Health* 2009; 6:310-20.
67. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-83.
68. Ware JE, Gandek B, IQOLA Project Group: The SF-36 health survey: development and use in mental health research and IQOLA project. *Int J Ment Health* 1994; 23:49-73.
69. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39:143-50.
70. Mitra M, Chung MC, Wilber N, Walker DK. Smoking status and quality of life. *Am J Prev Med* 2004; 27:3. Acessada de [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(04\)00125-4/pdf](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(04)00125-4/pdf).
71. Olufade A, Shaw JW, Foster S, Leischow S, Hays R, Coons SJ. Development of the smoking cessation quality of life questionnaire. *Clin Ther* 1999; 21:2113-30.
72. Woolf SH, Rothemich SF, Johnson RE, Marsland DW. Is cigarette smoking associated with impaired physical and mental functional status? An office-based survey of primary care patients. *Am J Prev Med* 1999; 17:134-7.
73. Mulder I, Tjhuis M, Smit H, Kromhout D. Smoking cessation and quality of life: the effect of amount of smoking and time since quitting. *Prev Med* 2001; 33:653-60.
74. Martinez JAB, Motas GA, Vianna ES, Oliveira JT. Impaired quality of life of healthy young smokers. *Chest* 2004; 125:425-8.
75. Wilson D, Parsons J, Wakefield M. The health-related quality-of-life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers. *Prev Med* 1999, 29:139-44.

76. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1670-6.
77. Bellido-Casado J, Martín-Escudero J, Dueñas-Laita A, Mena-Martín FJ, Arzúa-Mouronte D, Simal-Blanco F. The SF-36 questionnaire as a measurement of health-related quality of life: assessing short-and medium-term effects of exposure to tobacco versus the know long-term effects. *Eur J Intern Med* 2004; 15:511-7.
78. Sales MPU, Oliveira MI, Mattos IM, Viana CMS, Pereira EDB. The impact of smoking cessation on patient's quality of life. *J Bras Pneumol* 2009;35:436-41
79. Croghan IT, Schroeder DR, Hays JT, Eberman KM, Patten CA, Berg EJ, Hurt RD. Nicotine dependence treatment: perceived health status improvement with 1-year continuous smoking abstinence. *Eur J Pub Health* 2005; 15:251–5.

6. ARTIGO

Fatores associados à qualidade de vida em tabagistas: efeitos da ansiedade e da depressão.

Márcio Costa Silveira de Ávila¹, Marcelo Basso Gazzana^{1,2}, Mariana Costa Hoffmeister³, Solange Boaz Klockner², Marli Maria Knorst.^{1,2,3}

¹Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

²Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

³Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência:

Márcio Costa Silveira de Ávila

Rua Rio Grande do Norte número 160 ap 301, São Cristóvão, Lages -SC.

CEP 88509-150

Endereço de email: krkmarcio@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) pode estar comprometida em tabagistas, porém os fatores associados com esta redução não são bem conhecidos. **Objetivo:** Estudar os fatores associados com a QVRS em tabagistas. **Métodos:** Estudo transversal que incluiu pacientes sequenciais em avaliação para parar de fumar. Dados clínicos e história tabágica foram coletados na consulta médica. Sintomas de depressão e de ansiedade foram avaliados através dos inventários de depressão de Beck (BDI) e de ansiedade de Beck (BAI), respectivamente. A QVRS foi avaliada através do *Short-Form Survey* (SF-36) *questionnaire*. **Resultados:** Um total de 299 tabagistas, com $53,7 \pm 9,9$ anos foram estudados. Destes, 66,2% eram mulheres. Os valores basais dos escores do BDI e do BAI foram $14,6 \pm 10,1$ e $16,5 \pm 11,9$, respectivamente. Depressão foi diagnosticada em 55,9% e ansiedade em 30,1% dos pacientes. A QVRS mostrou-se comprometida nos tabagistas, sendo os piores escores observados no domínio aspectos emocionais. Os principais fatores associados com os diferentes domínios do SF-36 foram os escores do BAI ($r=-0,448$ a $r=-0,572$; $p<0,01$), do BDI ($r=-0,405$ a $r=-0,627$; $p<0,01$) e o número de comorbidades ($r=-0,157$ a $r=-0,319$; $p<0,01$). A QVRS piorou significativamente com o aumento dos níveis de ansiedade e de depressão. Na análise multivariada tanto a ansiedade como os sintomas depressivos e o número de comorbidades permaneceram como preditores importantes de QVRS na maioria dos domínios do SF-36. **Conclusões:** A QVRS está comprometida em pacientes tabagistas, estando associada com os níveis de ansiedade e de depressão, assim como com o número de comorbidades.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo, fatores preditores, ansiedade, depressão, qualidade de vida.

ABSTRACT

Background: The quality of life related to health (QLRH) may be impaired in smokers, but the factors associated with this reduction are not well known. **Aim:** To study the factors associated with reduced QLRH in smokers. **Methods:** Cross-sectional study that included consecutive patients undergoing evaluation for quitting smoking. Smoking history and clinical data were collected during the medical visit. Symptoms of depression and anxiety were determined using the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Inventory (BAI), respectively. The QLRH was assessed using the Short-Form Survey (SF-36) questionnaire. **Results:** A total of 299 smokers, age 53.7 ± 9.9 years, was studied. Of these, 66.2% were women. Baseline BDI and BAI scores were 14.6 ± 10.1 and 16.5 ± 11.9 , respectively. Depression was detected in 55.9% and anxiety in 30.1% of the patients. QLRH was compromised in smokers, with the worst scores observed in the emotional domain. The main factors associated with the different domains of the SF-36 were the BAI scores ($r=-0.448$ to $r=-0.572$, $p<0.01$), BDI scores ($r=-0.405$ to $r=-0.627$, $p<0.01$) and number of comorbidities ($r=-0.157$ to $r=-0.319$, $p<0.01$). QLRH worsened significantly with the increase of anxiety and depression levels. In multivariate analysis anxiety and depressive symptoms, as well as comorbidities, remained as important predictors of QLRH in most domains of the SF-36. **Conclusions:** QLRH is reduced in smokers, being associated with the levels of anxiety and depression, as well as with the number of comorbidities.

KEY-WORDS: Smoking, predictor factors, anxiety, depression, quality of life.

Introdução

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma pandemia e é o fator modificável de maior impacto para reduzir a mortalidade no mundo.¹ A mortalidade associada ao tabagismo é decorrente principalmente de doenças cardiovasculares, respiratórias e neoplásicas. No Brasil ocorrem cerca de 220 mil mortes por ano relacionadas ao uso do tabaco.² Apesar disso, 16,1% da população adulta brasileira fuma, o que perfaz aproximadamente 17 milhões de homens e 12,5 milhões de mulheres.³

Além do aumento da mortalidade, o tabagismo também interfere de forma mais ampla na vida de seus dependentes. Tabagistas mais frequentemente sofrem de transtornos do humor como ansiedade e depressão^{4,5} e apresentam uma pior qualidade de relacionada à saúde (QVRS) em comparação com indivíduos não fumantes.⁶⁻¹² Pacientes com transtornos do humor fumam mais e têm menor chance de permanecer sem fumar nas tentativas de cessação, por apresentar maior risco de recaídas.¹³⁻¹⁶

A pior QVRS de pacientes tabagistas em comparação com não tabagistas está bem estabelecida e uma relação causal entre tabagismo e comprometimento da QVRS é sugerida pela melhora do bem estar dos indivíduos que pararam de fumar.^{8,17-19} Entretanto, os fatores determinantes da piora da QVRS associada ao consumo do tabaco foram pouco estudados.^{20,21}

Considerando a escassez de dados na literatura sobre a associação entre QVRS e alterações do humor em tabagistas, realizamos este estudo para analisar os fatores determinantes da QVRS neste grupo de pacientes, tentando elucidar o papel dos níveis de ansiedade e depressão neste contexto clínico.

Material e Métodos

Desenho do estudo

Estudo transversal prospectivo, amostra sequencial.

Pacientes

Foram selecionados pacientes maiores de 18 anos, que estavam em avaliação para inclusão em grupo de terapia cognitivo comportamental, em um ambulatório especializado em tabagismo de um hospital terciário. O estudo foi aprovado pelo Comitê Institucional de Ética em pesquisa e todos os pacientes assinaram termo de consentimento informado antes da inclusão no estudo.

Avaliações

Todos os pacientes realizaram avaliação ambulatorial com médico e enfermeira. Informações sobre estado civil, uso de álcool, diagnóstico prévio de ansiedade e depressão, uso de antidepressivos, presença de outras comorbidades e antecedentes pessoais ou familiares de câncer foram coletadas do prontuário médico. Na história tabágica foram obtidos dados sobre a idade de início do consumo, o tempo e a quantidade de cigarros fumados por dia. O índice tabágico (IT) foi calculado multiplicando-se o número de maços de cigarros fumados por dia (cada maço = 20 cigarros) pelo número de anos que o paciente fumou, sendo expresso em maços-ano. A motivação para parar de fumar foi avaliada utilizando-se uma escala de zero a 10, onde zero representava ausência de motivação e 10 uma motivação máxima. O grau de dependência à nicotina foi determinado através da escala de dependência de Fagerström, previamente traduzida e validada para o português do Brasil.^{22,23}

Os sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Depressão Beck (BDI), respectivamente. Ambos os questionários são compostos por 21 questões cujas respostas podem ser pontuadas de zero a três, variando o escore total de zero a 63. Os sintomas de ansiedade foram graduados como leves com escores do BAI entre 8 e 15, moderados entre 16 e 25 e graves quando superiores a 25 pontos. Os sintomas depressivos foram graduados como leves com escores entre 8 e 18, moderados entre 19 e 29 e graves quando superiores a 29 pontos.^{24,25}

A QVRS foi avaliada através do questionário *Short-Form Health Survey* (SF-36) *questionnaire*. O SF-36 é um questionário genérico, multidimensional, formado por 36 itens agrupados em 8 domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O escore em cada domínio varia de 0 a 100, 0 correspondendo ao pior e 100 ao melhor estado geral de saúde.^{26,27}

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 18.0 (SPSS 18.0, Chicago, Illinois). Os dados são apresentados como número de casos e percentagem, média±desvio padrão (DP), ou mediana e intervalo interquartil (IIQ), de acordo com o tipo de distribuição dos dados. O teste de correlação de Pearson (ou Spearman quando indicado) foi realizado para avaliar associação entre variáveis. O teste de regressão linear foi usado para estudar múltiplas variáveis associadas aos diferentes domínios da QVRS, sendo incluídas na análise as variáveis com $p < 0,10$ no teste de

correlação. Um valor de p bicaudal $< 0,05$ foi considerado significativo para todas as análises.

Resultados

Foram estudados 299 pacientes tabagistas, com idade entre 20 e 78 anos, sendo a maioria constituída por mulheres (66,2%). As características demográficas e clínicas dos pacientes tabagistas são descritas na tabela 1. O IT variou entre 6 e 216 maços-ano, sendo que 277 pacientes (92,6%) apresentavam IT maior que 20. Em 255 casos (85,3%) a iniciação no tabagismo ocorreu antes dos 19 anos de idade. A motivação para parar de fumar variou entre 5 e 10, sendo que 16 pacientes (5,4%) referiram motivação de 5 e 112 (63,1%) de 10. A maioria dos pacientes apresentava dependência nicotínica moderada. Do total, 56 pacientes (18,8%) apresentavam um escore de Fagerström inferior a 5, 176 pacientes (58,8%) entre 5 e 8 e 67 (22,4%) \geq a 8. Mais da metade dos pacientes (55,9%) tinha diagnóstico de depressão e 30,1% de ansiedade. Os escores do BAI e do BDI mostram a presença de sintomas moderados de ansiedade e depressão.

O número de comorbidades variou de 0 a 8 (mediana de 3), sendo que 4,3% dos pacientes não apresentaram comorbidades, 16,4% apresentaram uma e 53,6% mais de três comorbidades. Entre as principais doenças concomitantes estavam hipertensão arterial sistêmica (41,5%), doença pulmonar obstrutiva crônica (23,7%), diabetes (18,4%), cardiopatia isquêmica (12,4%) e asma (11%). Trinta e quatro pacientes (11,4%) tinham história pessoal de câncer e 90 pacientes (30,1%) referiam história familiar de câncer. Trinta e dois pacientes

(10,7%) eram alcoolistas em abstinência e 67 pacientes (24,2%) referiram consumo eventual de álcool.

Os valores médios dos escores de QVRS nos diferentes domínios do SF-36 são apresentados na tabela 1. A QVRS mostrou-se moderadamente reduzida, sendo os piores escores detectados no domínio aspectos emocionais.

As associações entre os diferentes domínios do SF-36 e as variáveis demográficas e clínicas são mostradas na tabela 2. As melhores associações foram observadas entre QVRS e escores do BAI e do BDI e número de comorbidades. Os coeficientes de correlação entre os diferentes domínios do SF-36 e os escores do BAI variaram entre $r=-0,423$ e $r=-0,572$ ($p<0,001$), sendo as melhores correlações observadas com os domínios saúde mental, vitalidade, dor e capacidade funcional (Figura 1). Do mesmo modo, houve uma associação negativa entre sintomas depressivos e qualidade de vida, com coeficientes de correlação que variaram entre $r=-0,405$ e $r=-0,627$ ($p<0,001$) (Figura 2). O coeficiente de correlação entre sintomas depressivos e de ansiedade foi $0,689$ ($p=0,0001$). Observou-se uma correlação fraca entre número de comorbidades e todos os domínios do SF-36.

Na análise da QVRS em relação ao sexo, as mulheres apresentaram uma pior QVRS que os homens nos domínios dor ($47,6\pm 24,2$ vs $54,8\pm 23,4$; $p=0,01$), vitalidade ($48,5\pm 24,1$ vs $55\pm 21,3$; $p=0,02$), aspectos sociais ($61,7\pm 25,6$ vs $69,1\pm 27,1$; $p=0,02$), aspectos emocionais ($41,2\pm 39,3$ vs $55,1\pm 21,43$; $p=0,01$) e saúde mental ($56,1\pm 21,1$ vs $65,2\pm 21,9$; $p=0,001$). As mulheres, em comparação com os homens, também apresentaram maiores níveis de ansiedade ($18,4\pm 12,4$ vs $12,8\pm 9,9$; $p=0,0001$) e de sintomas depressivos ($15,6\pm 10,1$ vs $12,7\pm 9,7$; $p=0,01$). O estado civil e o fato do paciente tabagista ter ou não um companheiro

não influenciou na qualidade de vida ou na intensidade dos sintomas de ansiedade e de depressão ($p > 0,05$).

A tabela 3 mostra o resultado da análise multivariada contendo os diferentes domínios do SF-36 como variáveis dependentes. Os escores de ansiedade permaneceram nos modelos de todos os domínios do SF-36. Os escores do BDI contribuíram para os modelos dos diferentes domínios do SF-36, exceto para os domínios capacidade funcional e aspectos emocionais, neste último sendo substituídos pelo diagnóstico de depressão. O número de comorbidades participou dos modelos nos diferentes domínios do SF-36, exceto na vitalidade, aspectos sociais e saúde mental.

Os escores médios dos diferentes domínios do SF-36 estratificados de acordo com a intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão são mostrados na tabela 4. Observa-se uma redução proporcional significativa na qualidade de vida com o aumento dos sintomas de ansiedade e depressão, sendo os menores escores detectados nos domínios limitação física, dor, vitalidade e aspectos emocionais.

Discussão

O presente estudo avaliou a QVRS e as alterações do humor em pacientes tabagistas e encontrou redução na QVRS e uma frequência alta de sintomas de ansiedade e depressão. Estes sintomas, assim como o número de comorbidades foram os principais fatores preditores da QVRS. Variáveis diretamente associadas à exposição ao tabaco tiveram um papel menos relevante sobre a QVRS após análise multivariada.

A redução da QVRS em pacientes tabagistas observada em nossa série está de acordo com estudos prévios que utilizaram o SF-36^{6-8,12} ou outros instrumentos⁹⁻¹¹ para avaliar a qualidade de vida de indivíduos tabagistas. Parar de fumar, por outro lado, melhora a sensação de bem estar percebida pelo tabagista.^{6,20,28-31}

Ansiedade e depressão foram frequentes e estavam fortemente associadas nos pacientes de nosso estudo. Outros autores também relataram presença de transtornos do humor em mais da metade dos pacientes tabagistas.^{8,13,15} Do mesmo modo, uma maior frequência de tabagismo, um número maior de cigarros consumidos por dia e uma maior dificuldade para manter a abstinência tabágica foram reportados em pacientes com transtorno do humor.^{5,14}

Embora a associação entre tabagismo e alterações do humor esteja estabelecida, os mecanismos que vinculam esta interação são complexos, podendo envolver fatores genéticos, psicológicos e ambientais. Ainda é motivo de discussão se o tabagismo é desencadeador de transtornos do humor ou se o paciente fuma para modular a ansiedade e a depressão pré-existentes.³² Por outro lado, o conhecimento limitado sobre a relação entre qualidade de vida e alterações do humor numa perspectiva temporal é um dificultador adicional no entendimento da relação entre tabagismo, alterações do humor e qualidade de vida.¹⁶

Diversos fatores se associaram com a qualidade de vida na análise bivariada, porém os melhores coeficientes foram observados com os escores de ansiedade e depressão e com o número de comorbidades. Estes fatores também foram os principais fatores preditores que permaneceram no modelo multivariado

dos diferentes domínios do SF-36. Após a estratificação dos pacientes, de acordo com os níveis de ansiedade e depressão (tabela 4), a influência das alterações do humor sobre a QVRS ficou mais evidente. Pacientes com sintomas de ansiedade e depressão mais graves apresentaram os menores escores do SF-36, o que corresponde à pior QVRS. Estudos prévios relataram uma associação entre quantidade de cigarros consumidos por dia, grau de dependência à nicotina e QVRS em tabagistas.^{8,12,21} Uma associação entre número de cigarros fumados por dia e índice tabágico também foi observada no nosso estudo, entretanto a mesma deixou de ter significância na análise multivariada.

Um fato que merece ser notado é que a média de idade do início do tabagismo dos pacientes na nossa série foi de 15 anos e 85,3% dos pacientes começaram a fumar antes de completar 19 anos de idade. Médias de idade de 17,5 anos e de 18,9 anos na iniciação do tabagismo foram descritas previamente.^{7,33} Estes dados reforçam que o tabagismo é uma doença que inicia na adolescência. Sabe-se que problemas psicossociais são mais frequentes entre adolescentes que fumam,³⁴ e que baixa autoestima e humor negativo são preditores de iniciação do tabagismo nessa fase da vida.³⁵ Foi descrito previamente que, adolescentes saudáveis, com consumo leve a moderado de tabaco por um período relativamente curto, apresentaram pior QVRS que aqueles que não fumavam.⁷ Portanto, pode-se inferir que intervenções para prevenir a iniciação do tabagismo poderiam ter reflexos positivos sobre o bem estar de adolescentes que conseguissem evitar o consumo de tabaco.

Na análise multivariada para identificar fatores preditores de QVRS em tabagistas no nosso estudo, a idade de início do tabagismo permaneceu no modelo de dois domínios do SF-36 - estado geral de saúde e vitalidade. Já a

dependência à nicotina, juntamente com os sintomas de ansiedade e depressão, explicaram quase a metade da variabilidade do domínio saúde mental do SF-36. Estes achados sugerem que, com o início precoce do tabagismo, os impactos sobre a saúde dos indivíduos são mais pronunciados e que há uma associação entre transtornos do humor e dependência à nicotina. Assim, uma intervenção com *screening* e abordagem mais precoce das alterações do humor durante a adolescência poderia contribuir para reduzir o número de adolescentes tabagistas. Isto serviria, adicionalmente, para prevenir o comprometimento do estado geral de saúde e a perda de vitalidade decorrentes do tabagismo em idades mais avançadas da vida.

As características da amostra estudada devem ser levadas em consideração na análise dos nossos resultados. Os pacientes tabagistas eram provenientes de um ambulatório especializado em tabagismo de um hospital terciário, que serve de referência para o sistema de saúde regional. Assim, entre os pacientes incluídos no estudo predominaram indivíduos de meia-idade ou idosos, portadores de múltiplas doenças crônicas, algumas delas tabaco associadas, com história de tabagismo prolongado e em sua maioria mulheres. O perfil dos pacientes que constituíram a amostra do estudo pode ter influenciado nos resultados, fazendo com que não seja possível generalizá-los para outras populações.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Uma dessas limitações é o próprio perfil dos pacientes estudados, que por si poderia justificar a alta prevalência de transtornos psiquiátricos e a baixa qualidade de vida global da amostra. Uma segunda limitação é que não utilizamos um grupo controle. A comparação com um grupo de pacientes não tabagistas, pareado por sexo e faixa

etária e proveniente da mesma instituição, poderia fornecer informações adicionais sobre a relação entre tabagismo, transtornos do humor e QVRS.

Por outro lado, nosso estudo também apresenta pontos relevantes. O fato de termos identificado que, tanto os sintomas de ansiedade como os sintomas depressivos, desempenham um papel relevante em relação à QVRS em tabagistas reforça que uma triagem destes sintomas possa ser benéfica. Os pacientes de nossa série foram recrutados de um ambulatório especializado em tabagismo, que faz parte do sistema único de saúde (SUS) do Brasil e que segue as normas e o protocolo do Ministério da Saúde para abordagem de fumantes.³⁶ Esse protocolo preconiza o uso de terapia cognitivo-comportamental em grupo associada à terapêutica medicamentosa, de acordo com a das diretrizes para abordagem de tabagistas. Portanto, uma revisão deste protocolo assistencial por parte do Ministério de Saúde poderia ser útil. O impacto desta medida, tanto sobre a qualidade de vida dos tabagistas, quanto sobre o processo de cessação do tabagismo teria que ser testado.

Em conclusão, nosso estudo sugere que o tabagismo tem impacto em diferentes aspectos da qualidade de vida e que a QVRS está diretamente associada aos níveis de ansiedade e de depressão e à presença de comorbidades. O início precoce do tabagismo se associa com a percepção de um pior estado geral de saúde e perda de vitalidade ao longo da vida. O grau de dependência à nicotina é um dos preditores do domínio saúde mental do SF-36. Novos estudos se fazem necessários para aprofundar a natureza causal dos achados e a possível variação dos mesmos com a cessação do tabagismo.

Referências

1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2011. Warning about the dangers of tobacco is the third in a series of WHO reports that tracks the status of the tobacco epidemic and the impact of interventions implemented to stop it. 2011. Acessado de http://www.who.int/tobacco/global_report/en/ em 08/07/2013.
2. Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo: dados e números. Acessado de www.inca.gov.br, em 08/07/2013.
3. Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PPV, Costa e Silva VL. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e Distrito Federal-Brasil. J Bras Pneumol 2010; 36: 75-83.
4. Grant BF, Hasin DS, Chou P, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2004; 61:1107-15.
5. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berck M. Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of populational-based, epidemiological studies. BMC Med 2012, 10:123. Acessado de <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/10/123>.
6. Guitérrez-Bednar M, Seguí-Gómez M, Gómez-Gracia E, Bes-Rastrollo M, Martínez-González MA. Smoking status, changes in smoking status and health-related quality of life: Findings from the SUN ("Seguimiento Universidad de Navarra") Cohort. Int J Environ Res Public Health 2009;6:310-20.
7. Martinez JAB, Motas GA, Vianna ES, Oliveira JT. Impaired quality of life of healthy young smokers. Chest 2004; 125:425-8.
8. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. Am J Psychiatry 2003; 160:1670-6.

9. Sarna L, Bialous SA, Cooley ME, Jun HJ, Feskanich D. Impact of smoking and smoking cessation on health-related quality of life in women in the Nurses' health Study. *Qual Life Res* 2008;17:1217-27.
10. Strandberg AY, Strandberg TE, Pitkala K, Salomaa VV, Tilvis RS, Miettinen TA. The effect of smoking in midlife on health-related quality of life in old age. *Arch Intern Med* 2008;168:1968-74.
11. Volg M, Wenig CM, Leidl R, Pokhrel S. Smoking and health-related quality of life in English general population: implications for economic evaluations. *BMC Public Health* 2012, 12:203. Acessado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/203>.
12. Wilson D, Parsons J, Wakefield M. The health-related quality-of-life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers. *Prev Med* 1999; 29:139-44.
13. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biological Psychiatry* 2004; 55: 69-76.
14. Catley D, Harris KJ, Okuyemi KS, Mayo MS, Pankey E, Ahluwalia JS. The influence of depressive symptoms on smoking cessation among African Americans in a randomized trial of bupropion. *Nicotine & Tob Res* 2005; 7: 859-70.
15. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1986;143:993-7.
16. Moore M, Höfer S, McGee H, Ring L. Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective? *Health and Quality of Life Outcomes* 2005; 3:1. Acessado de <http://www.hqlo.com/content/3/1/1>.
17. Mulder I, Tijhuis M, Smit H, Kromhout D. Smoking cessation and quality of life: the effect of amount of smoking and time since quitting. *Prev Med* 2001; 33:653-60.

18. Olufade A, Shaw JW, Foster S, Leischow S, Hays R, Coons SJ. Development of the smoking cessation quality of life questionnaire. *Clin Ther* 1999; 21:2113-30.
19. Woolf SH, Rothemich SF, Johnson RE, Marsland DW. Is cigarette smoking associated with impaired physical and mental functional status? An office-based survey of primary care patients. *Am J Prev Med* 1999; 17:134-7.
20. Mitra M, Chung MC, Wilber N, Walker DK. Smoking status and quality of life. *Am J Prev Med* 2004; 27:3. Acessado de [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(04\)00125-4/pdf](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(04)00125-4/pdf).
21. Bellido-Casado J, Martín-Escudero J, Dueñas-Laita A, Mena-Martín FJ, Arzúa-Mouronte D, Simal-Blanco F. The SF-36 questionnaire as a measurement of health-related quality of life: assessing short-and medium-term effects of exposure to tobacco versus the know long-term effects. *Eur J Intern Med* 2004; 15:511-7.
22. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978; 3:235-41.
23. Carmo JT, Pueyo A. A adaptação do português do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med* 2002; 59:73-80.
24. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for mensuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult and Clin Psychol* 1988; 56: 893-7.
25. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psycol* 1988; 8:77-100.
26. Ware JE, Gandek B, IQOLA Project Group. The SF-36 health survey: development and use in mental health research and IQOLA project. *Int J Ment Health* 1994; 23:49-73.

27. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução paara a língua portuguesa e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39:143-50.
28. Hays T, Croghan IT, Baker CL, Cappelleri JC, Bushmakin AG. Changes in health-related quality of life with smoking cessation treatment. *Eur J Pub Health* 2010; 22:224-9.
29. Piper ME, Kenford S, Fiore MC, Baker TB. Smoking cessation and quality of life: Changes in life satisfaction over 3 years following a quit attempt. *Ann Behav Med* 2012;43:262-70.
30. Sales MPU, Oliveira MI, Mattos IM, Viana CMS, Pereira EDB. The impact of smoking cessation on patient's quality of life. *J Bras Pneumol* 2009;35:436-41.
31. Tillmann M, Silcok J. A comparison of smokers' and ex-smokers' health-related quality of life. *J Public Health Med* 1997; 19:268-73, 1997.
32. Mojtabai R, Crum RM. Cigarette smoking and onset of mood and anxiety disorders. *AM J Public Health* 2013 Jan 17 [Epub ahead of Print].
33. Substance Abuse and Mental Health Administration (2009). Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health:National Findings. Acessado de <http://www.samhsa.gov/data/nsduh/2k8nsduh/2k8results.pdf>.
34. Potter BK, Pederson LL, Chan SS, Aubut JA, Koval JJ. Does a relationship exist between body weight, concerns about weight, and smoking among adolescents? An integration of the literature with an emphasis on gender. *NicotTob Res* 2004; 6:397–425.
35. Crone MR, Reijneveld SA. The association of behavioural and emotional problems with tobacco use in adolescence. *Addictive Behaviors* 2007; 32: 1692–8.
36. Programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. 2003. Acessado de

http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf.

Tabela 1 - Características basais de 299 pacientes tabagistas

Características	Valores
Sexo feminino / masculino, número (%)	198 (66,2) / 101 (33,8)
Idade, anos	53,7 ± 9,9
Estado civil, número (%)	
Solteiro	60 (20,1)
Casado	172 (57,5)
Viúvo, separado ou divorciado	67 (22,4)
Cigarros/dia, número	31,9 ± 14,9
Tempo de fumo, anos	38,6 ± 10,6
Idade de início do tabagismo, anos	15,1 ± 4,6
Índice tabágico, maços-ano	62,7 ± 37,1
Dependência à nicotina (TF)	6,0 ± 2,0
Motivação para parar de fumar	8,4 ± 1,5
Ansiedade, número (%)	92 (30,1)
Depressão, número (%)	167 (55,9)
Escore de ansiedade (BAI)	16,5 ± 11,9
Escore de depressão (BDI)	14,6±10,1
Comorbidades, número	2,9 ± 1,6
Qualidade de vida – <i>Short-Form36</i>	
Capacidade física	60 (40-80)
Aspectos físicos	50 (0-100)
Dor	51 (31-72)
Estado geral de saúde	52 (35-72)
Vitalidade	55 (30-70)
Aspectos sociais	63 (50-88)
Aspectos emocionais	33 (0-100)
Saúde mental	60 (44-76)

Dados apresentados como média ± DP, mediana (IIQ 25-75) ou número (%)

TF: Teste de Fagerström BAI: Inventário de Ansiedade de Beck

BDI: Inventário de Depressão de Beck

Tabela 2 – Coeficientes de correlação entre parâmetros clínico-demográficos e os diferentes domínios do SF-36 em tabagistas

Variáveis	Domínios do SF-36							
	Capacidade Funcional r	Aspectos Físicos r	Dor r	Estado Geral de Saúde r	Vitalidade r	Aspectos Sociais r	Aspectos Emocionais r	Saúde Mental r
Idade	-0,206**	-0,222**	-0,106	-0,170**	-0,026	-0,023	-0,135*	0,021
Escolaridade	0,280**	0,211**	0,148**	0,268**	0,125*	0,092	0,150**	0,146*
Número de cigarro/dia	-0,131*	-0,158**	-0,180**	-0,101	-0,119*	-0,036	-0,141*	-0,128*
Anos de fumo	-0,212**	-0,196**	-0,113	-0,219**	-0,084	-0,049	-0,107	-0,024
Idade de início do fumo	0,028	-0,010	-0,062	0,171**	0,129*	-0,064	-0,018	0,081
Índice tabágico	-0,182**	-0,189**	-0,175**	-0,164**	-0,125*	-0,031	-0,142*	-0,099
Motivação para parar	-0,133*	-0,096	-0,079	-0,049	-0,061	0,006	-0,066	-0,026
Dependência à nicotina	-0,076	-0,031	-0,100	-0,029	-0,164**	-0,119*	-0,121*	-0,171**
Escores de ansiedade [#]	-0,487**	-0,448**	-0,493**	-0,423**	-0,554**	-0,467**	-0,473**	-0,572**
Escores depressivos [§]	-0,405**	-0,436**	-0,460**	-0,473**	-0,551**	-0,542**	-0,410**	-0,627**
Número de comorbidades	-0,316**	-0,319**	-0,260**	-0,331**	-0,188**	-0,157**	-0,239**	-0,152**

SF-36: *Short-Form Survey Questionnaire* #Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) §Inventário de Depressão de Beck (BDI) *p<0,05 **p<0,01

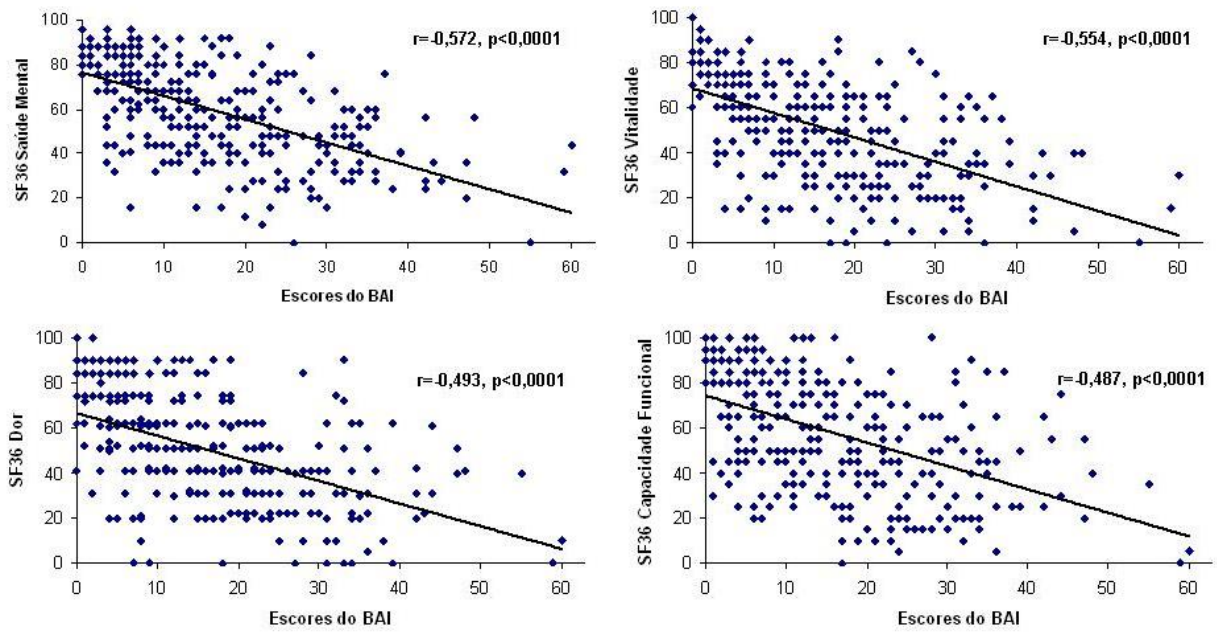


Figura 1 – Relação entre os escores do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e os domínios saúde mental, vitalidade, dor e capacidade funcional do questionário de qualidade de vida SF-36.

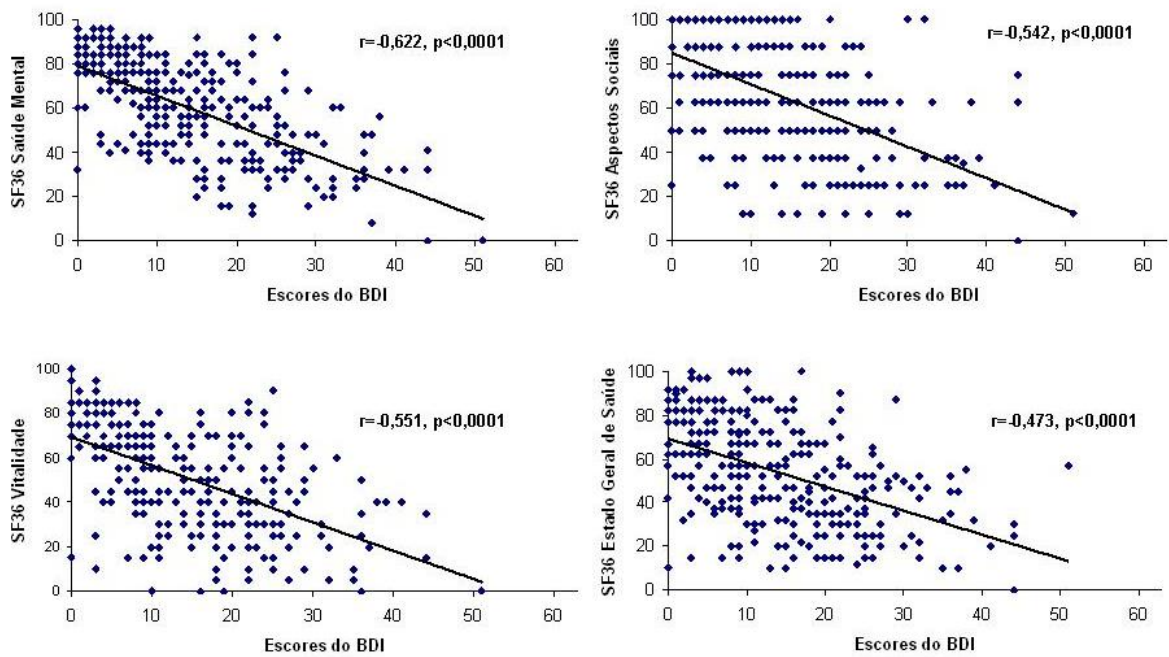


Figura 2 – Relação entre os escores do Inventário de Depressão de Beck (BDI) e os domínios saúde mental, vitalidade, aspectos sociais e estado geral de saúde do questionário de qualidade de vida SF-36.

Tabela 3–Análise multivariada mostrando as variáveis clínicas associadas aos diferentes domínios do SF-36 em pacientes tabagistas

Domínio do SF-36	Variáveis no modelo	r²	p
Variável dependente			
Capacidade funcional	Escore do BAI, número de comorbidades e motivação para parar de fumar	0,312	0,0001
Aspectos físicos	Escore do BAI, escore do BDI e número de comorbidades	0,280	0,0001
Dor	Escore do BAI, escore do BDI e número de comorbidades	0,296	0,0001
Estado geral de saúde	Escore do BAI, escore do BDI, número de comorbidades, idade de início do tabagismo	0,322	0,0001
Vitalidade	Escore do BAI, escore do BDI, idade de início do tabagismo e diagnóstico de ansiedade	0,388	0,0001
Aspectos sociais	Escore do BAI e escore do BDI	0,310	0,0001
Aspectos emocionais	Escore do BAI, número de comorbidades, diagnóstico de depressão	0,266	0,0001
Saúde mental	Escore do BAI, escore do BDI, diagnóstico de depressão, dependência à nicotina, diagnóstico de ansiedade	0,478	0,0001

BAI: Inventário de Ansiedade de Beck

BDI: Inventário de Depressão de Beck

Tabela 4 – Qualidade de vida medida pelos diferentes domínios do SF36 estratificada pela intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão em tabagistas

	Domínios do SF-36								
	N	Capacidade Funcional Md (IC95%)	Aspectos Físicos Md (IC95%)	Dor Md (IC95%)	Estado Geral de Saúde Md (IC95%)	Vitalidade Md (IC95%)	Aspectos Sociais Md (IC95%)	Aspectos Emocionais Md (IC95%)	Saúde Mental Md (IC95%)
Sintomas de ansiedade*									
Ausentes	83	72,9 (68,1-77,7)	74,7 (66,6-82,8)	65,5 (60,7-70,4)	65,1 (60,2-70,0)	69,9 (66,1-73,8)	81,8 (77,0-86,6)	75,1 (67,8-82,4)	75,5 (72,0-79,4)
Leves	77	63,2 (58,8-67,5)	52,6 (44,4-60,9)	53,4 (48,8-58,1)	56,4 (51,7-61,1)	51,5(47,3-55,5)	65,6(60,3-79,9)	48,2(40,1-56,3)	61,0(57,1-64,8)
Moderados	77	46,4 (41,1-51,7)	32,1 (23,8-40,5)	43,1 (38,6-47,6)	49,2 (44,0-54,3)	41,6(36,8-46,4)	57,5(51,9-63,0)	30,3(22,5-38,1)	53,6(48,8-58,3)
Graves	62	42,0 (35,9-48,1)	26,2 (18,1-34,4)	33,5 (27,9-39,1)	37,6 (32,7-42,4)	34,8(29,5-40,0)	47,0(41,1-52,9)	24,2(16,0-32,3)	41,4(37,0-45,8)
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Sintomas depressivos**									
Ausentes	112	68,4 (64,0-72,8)	67,4 (60,2-74,6)	60,8 (56,6-65,1)	65,1 (61,0-69,1)	65,5 (62,9-70,1)	78,8 (74,7-82,9)	67,9 (61,0-74,8)	73,9 (70,6-77,1)
Leves	89	55,5 (50,4-60,5)	46,4 (37,7-55,0)	49,4 (45,2-54,7)	53,0 (48,2-57,8)	44,3 (40,4-48,3)	64,2 (59,5-68,9)	37,4 (29,7-45,1)	56,8 (53,1-60,5)
Moderados	72	47,2 (41,7-52,8)	30,9 (23,2-38,6)	41,2 (36,3-46,1)	41,3 (36,9-45,6)	41,5 (36,5-46,6)	49,4 (43,8-55,0)	30,5 (22,6-38,5)	48,3 (44,0-52,6)
Graves	26	41,3 (31,3-51,2)	15,6 (6,92-24,3)	26,7 (19,0-34,5)	34,2 (27,2-41,1)	27,5 (20,1-34,8)	40,0 (29,3-50,7)	23,6 (12,2-34,9)	32,4 (25,4-39,4)
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Total	299	57,2 (54,3-60,1)	48,0 (43,4-52,6)	50,0 (47,2-52,7)	53,2 (50,5-55,8)	50,6 (47,9-53,3)	64,2 (61,2-67,2)	46,1 (41,6-50,6)	59,1 (56,7-61,4)

SF-36: Short-Form Health Survey Questionnaire

* Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

** Inventário de Depressão de Beck (BDI)

7. CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo mostraram que:

- Pacientes tabagistas apresentaram QVRS moderadamente reduzida, sendo os piores valores detectados no domínio aspectos emocionais.
- Mais da metade dos pacientes examinados apresentava depressão e cerca de um terço tinha ansiedade.
- As variáveis clínicas que apresentaram maior influência na redução da qualidade de vida de tabagistas foram os escores do BAI, do BDI e o número de comorbidades.
- Observou-se uma redução proporcional significativa na qualidade de vida com o aumento dos sintomas de ansiedade e depressão, sendo os menores escores detectados nos domínios aspectos físicos, aspectos emocionais e dor, dentre os fumantes.
- A maioria dos pacientes começou a fumar na adolescência e a idade de início do tabagismo se associou com os domínios vitalidade e com o estado geral de saúde do SF-36.
- A dependência à nicotina se associou com o domínio saúde mental da QVRS.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo observamos que pacientes tabagistas, de maneira geral, apresentaram comprometimento da qualidade de vida e alterações do humor. Os sintomas de ansiedade e de depressão se mostraram fortes preditores de QVRS na amostra examinada, com impacto em todos os domínios do SF-36. Além disso, a estratificação dos pacientes pela intensidade dos sintomas mostrou um prejuízo progressivo da qualidade de vida com a piora dos sintomas depressivos e da ansiedade.

A relação causa-efeito dos achados citados anteriormente não pode ser demonstrada no presente estudo, sendo necessário estudos adicionais, com delineamento diferente, para ampliar o conhecimento sobre esse tema.

Contribuições importantes emanam de nossos resultados. A alta frequência de transtorno depressivo e de ansiedade e o impacto dessas comorbidades psiquiátricas sobre o bem estar dos pacientes alertam para a necessidade da abordagem adequada das mesmas. Torna-se necessário levá-las em consideração também durante o processo de abandono do tabagismo, uma vez que as mesmas podem dificultar a cessação e facilitar a recaída. Um campo vasto para novas investigações se abre nesta área.