

# FATORES ASSOCIADOS À RECAÍDA DO TABAGISMO EM PACIENTES ASSISTIDOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA ZONA OESTE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Factors associated with relapse to smoking in patients treated at health units in the west of the municipality of Rio de Janeiro

Cláudia Christina Sobrinho do Nascimento<sup>1</sup>,  
Gulnar Azevedo e Silva<sup>2</sup>, Maria Isabel do Nascimento<sup>3</sup>

## RESUMO

O tabagismo ainda é um problema de saúde pública. Apesar do sucesso das políticas de controle do tabaco no país e diminuição do consumo de fumo nos últimos 20 anos, a recaída tem sido apontada como um grande obstáculo. O objetivo do estudo foi avaliar os fatores associados ao tempo de recaída, durante o tratamento do fumante no Programa de Controle do Tabagismo em unidades de saúde do município do Rio de Janeiro. A coorte prospectiva foi composta por 135 pacientes, sendo 70,3% de mulheres, que pararam de fumar após 4 semanas de adesão ao tratamento, sendo acompanhados até 6 meses. O índice de recaída encontrado foi semelhante em ambos os sexos, sendo próximo de 30%, aos 3 meses, e 50% aos 6 meses. O tempo de recaída mediano também foi semelhante, em torno de 130 dias. A média de ganho de peso foi maior entre os homens aos 3 e 6 meses. Para avaliar os fatores associados ao tempo de recaída, foram calculadas as *Hazard Ratios* (HR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%), por meio do modelo semiparamétrico de riscos proporcionais de Cox. Na análise bivariada, as mulheres que achavam que fumar emagrece ou que faziam dieta apresentaram um risco maior de recaída, porém não estatisticamente significante. Entre as que referiram fazer acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, o risco de recaída foi 2,62 vezes maior, se comparado àquelas que não o faziam. O risco também se mostrou aumentado com o uso de álcool (HR=2,11, IC 95%1,15-3,89). Entre os homens, os dois pacientes que faziam uso de medicamentos para depressão e/ou ansiedade tiveram recaída. As demais variáveis analisadas não se mostraram associadas ao risco de recaída por apresentarem HR com inter-

## ABSTRACT

Smoking is still a public health problem. Despite the success of tobacco control policies in the country and decrease tobacco consumption over the last 20 years, the relapse has been identified as a major obstacle. The aim of the study was to evaluate factors associated with relapse time during treatment of smokers in Tobacco Control Program in health units in the city of Rio de Janeiro. The prospective cohort consisted of 135 patients, 70.3% women who stopped smoking after four weeks of treatment adherence and were followed up to 6 months. The relapse rate found was similar in both sexes, being close to 30% at 3 months and 50% at 6 months. The median relapse time was also similar, around 130 days. The average weight gain was higher among males at 3 and 6 months. To assess the factors associated with relapse time were calculated Hazard Ratios (HR) and confidence intervals of 95% (95%) through the semi-parametric model of Cox proportional hazards. In the bivariate analysis, women who thought smoking or lose weight that dieters had a higher risk of relapse, but not statistically significant. Among those who mentioned do counseling and / or psychiatric, the risk of relapse was 2.62 times higher compared to those who did not. The risk was also increased with the use of alcohol (HR = 2.11, 95% CI 1.15 to 3.89). Among men, the two patients who were taking medications for depression and / or anxiety have relapsed. The remaining variables were not associated with risk of relapse because they have HR with not statistically significant intervals. Smokers could benefit from treatments that offered a complementary way calls for nutrition and mental health. The improvement of

<sup>1</sup> Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva/Epidemiologia. Doutoranda em Saúde Coletiva/Epidemiologia. IMS/RJ – Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: claudiachris@ig.com.br.

<sup>2</sup> Professora Associada do Instituto de Medicina Social –UERJ.

<sup>3</sup> Doutorado em Ciências pela ENSP/FIOCRUZ. Professora Adjunta do Departamento de Epidemiologia e Bioestatística – Instituto de Saúde da Comunidade/Universidade Federal Fluminense.

valos não estatisticamente significativos. Os fumantes poderiam se beneficiar de tratamentos que oferecessem, de forma complementar, atendimentos para nutrição e saúde mental. O aprimoramento das estratégias de cessação do tabagismo deve levar em conta as diferenças de gênero, a necessidade de assistência a problemas psicológicos e psiquiátricos e o controle de peso para os pacientes com maior dificuldade, passos essenciais para o sucesso das políticas públicas de controle do tabagismo no país.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tabagismo; Fatores de Risco; Recaída.

smoking cessation strategies should take into account gender differences, the need for assistance to psychological and psychiatric problems and weight control for patients with greater difficulty; essential steps for success of public policies for tobacco control in the country.

**KEYWORDS:** Smoking; Risk Factors; Relapse.

## INTRODUÇÃO

O tabagismo ainda é um problema de saúde pública. Apesar do sucesso das políticas de controle do tabaco no país e diminuição do consumo de fumo nos últimos 20 anos, a recaída tem sido apontada como um grande obstáculo.<sup>1,2</sup>

As taxas de recaída dos fumadores nos Estados Unidos e Reino Unido foram da ordem de 70 a 80% e ocorreram 6 a 12 meses após a cessação, independentemente do tipo de programa ou das intervenções utilizadas, segundo meta-análise realizada por Fiori e colaboradores.<sup>3,4</sup> Corroborando esse achado, um estudo de coorte conduzido por Zhou e colaboradores com fumantes dos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, França e Espanha encontrou uma taxa de recaída de 80% aos 6 meses.<sup>5</sup>

Outros dados de 84 estudos de tratamento de fumantes compilados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) mostraram que cerca de 2/3 de todas as recaídas ocorreram dentro dos primeiros 90 dias de cessação. O índice de recaída aos 6 meses foi de 70%, atingindo cerca de 80% aos 12 meses. As características apontadas como indicativas de risco para recaída foram grau de dependência elevado, idade de iniciação ao tabagismo menor de 17 anos, convivência com fumantes, história de depressão e abuso de álcool ou outras drogas.<sup>6</sup>

A recaída entre mulheres tem sido relatada em vários estudos, mas as razões não são bem conhecidas. Embora as mulheres fumem menos que os homens, em países ocidentais, foi observado que mulheres têm mais dificuldade em parar de fumar que os homens, o que parece ser devido à combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.<sup>7,8</sup>

Outro motivo observado para a recaída é a preocupação com o peso corporal. O uso do tabaco como controle

de peso foi reportado em vários estudos com adolescentes, principalmente entre meninas. Essa preocupação pode estimular a iniciação, dificultar a cessação e aumentar a recaída ao tabagismo entre as mulheres que param de fumar.<sup>9</sup>

A média de ganho de peso ao parar de fumar é de 2,8 kg e de 3,8 kg em homens e mulheres, respectivamente, sendo que 13% dos ex-fumantes podem ganhar mais de 10 kg. Esse ganho de peso ocorre, principalmente, até dois anos após a interrupção do hábito de fumar. Alguns estudos mostram que o aumento de peso após a cessação pode ser um fator relacionado à recaída.<sup>10,11</sup>

A associação entre tabagismo e depressão também tem sido estudada. Figueiredo<sup>9</sup> relata, em sua tese, que pessoas com depressão e estresse consomem até 3 vezes mais cigarros que os fumantes em geral, têm maior dificuldade de parar de fumar e, quando param, apresentam maior risco de recaída.

Nas desordens de ansiedade, o indivíduo fuma com o objetivo de controlá-la. Dorea e Botelho,<sup>12</sup> Malbergier e Oliveira Jr.<sup>13</sup> mostram que fumantes apresentam mais ansiedade que não fumantes.

Investir no apoio às pessoas que desejam parar de fumar é fundamental dentro da política de controle do tabagismo. Assim, estudos que possam identificar fatores associados à recaída do tabagismo são oportunos e podem contribuir muito para o aprimoramento das estratégias voltadas para a cessação.

O objetivo do estudo foi avaliar os fatores associados ao tempo de recaída, durante o tratamento do fumante em unidades de saúde.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo de coorte prospectivo. A po-

pulação foi formada por 136 pacientes, de 15 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, inscritos no Programa de Controle do Tabagismo de sete Unidades Básicas de Saúde da Coordenadoria Geral de Saúde da Área Programática 5.2, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), selecionados por conveniência, no período de agosto de 2012 a dezembro de 2013.

Todos os pacientes avaliados receberam tratamento cognitivo-comportamental (quatro sessões) e medicamentos nicotínicos (TRN).

Gestantes, deficientes físicos e pacientes psiquiátricos que não tinham condições de responder ao questionário foram excluídos do estudo.

Foram realizadas entrevistas com os participantes, nas unidades de saúde, para o preenchimento de questionário estruturado, a partir do padrão proposto pelo PNCT,<sup>14</sup> com questões complementares que contemplavam cor/raça, trabalho atual, número de filhos e se menores de 5 anos, história familiar de tabagismo e tratamento dietético atual, introduzidas para o estudo. As entrevistas foram feitas por profissionais de saúde das unidades da SMS/RJ treinados.

O diagnóstico nutricional inicial foi feito a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela divisão entre o peso (medido em quilogramas) e o quadrado da altura (medida em metros).<sup>15</sup> O sobrepeso foi diagnosticado quando o IMC alcançou valor na faixa de 25 kg/m<sup>2</sup> a 29,9 kg/m<sup>2</sup>, enquanto a obesidade foi diagnosticada a partir do IMC de 30 kg/m<sup>2</sup>. As medidas antropométricas de peso e estatura para o cálculo de IMC inicial foram realizadas no início da entrevista pelos mesmos profissionais.

O seguimento foi feito pela reavaliação dos pacientes após três e seis meses, colhendo-se informações sobre a cessação do tabagismo e o ganho de peso, por meio, novamente, da aferição do peso dos pacientes que se mantinham sem fumar. A censura ocorreu aos 6 meses de adesão ao tratamento.

Com os pacientes que abandonaram o tratamento, foi feito contato telefônico e foram convocados para retornar às unidades de saúde. Aqueles não encontrados ou que não retornaram o contato foram censurados na data da última consulta na unidade.

O desfecho do estudo foi o tempo de recaída, definido como o tempo entre a data de cessação do tabagismo, após 4 semanas de adesão ao tratamento (início do seguimento), e a data de recaída até 6 meses de adesão (falha), medido em dias.

As exposições consideradas foram variáveis sociodemográficas – idade, categorizada em 15-44 anos; 45-64 anos; 65+ anos; cor/raça, categorizada em branca e outras (parda e preta); sexo, masculino e feminino; renda

categorizada em < 2 salários-mínimos, 2 a 4 salários-mínimos e > 4 salários-mínimos; escolaridade, como < 8 anos de estudo, 8 a 11 anos de estudo e 12+ anos de estudo; trabalho atual (não e sim); estado conjugal, considerando casado ou união estável e outros (viúvo, separado, divorciado e solteiro); número de filhos (nenhum, até 2 filhos e > 2 filhos); filhos menores que 5 anos (não e sim). A preocupação com peso foi avaliada pelas questões: (i) se acha que fumar emagrece, (ii) se tem medo de engordar ao parar de fumar, e (iii) se faz dieta. A depressão e/ou ansiedade referidas por meio das questões: (i) tem ou teve crises de depressão e/ou ansiedade, (ii) faz ou fez tratamento medicamentoso para depressão e/ou ansiedade e (iii) faz ou fez acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico. Essas questões fazem parte do questionário padrão do PNCT.

As variáveis relacionadas ao tabagismo estudadas foram: história familiar de tabagismo, categorizada como não (nenhum dos pais é fumante) e sim (algum dos pais é fumante); grau de dependência pelo teste de Fagerstrom, classificado como muito baixo e baixo, médio, elevado e muito elevado; idade de iniciação do tabagismo, categorizada em < 15 anos; 15-16 anos; 17-19 anos; 20+ anos; duração do tabagismo (calculada pela subtração entre idade atual e idade de iniciação do tabagismo), categorizada em <20 anos; 20+ anos. O uso de álcool referido como não (quando nunca ou raramente) e sim (quando diariamente ou finais de semana).

Foram calculadas as medianas do tempo de recaída e respectivos intervalos de confiança (IC95%) e construídas curvas de Kaplan-Meier (KM) para as variáveis categóricas. A diferença entre as curvas segundo sexo foi testada a partir do teste de *log-rank*. Para avaliar a associação entre as exposições principais associadas à recaída foi utilizado o modelo semiparamétrico de riscos proporcionais de Cox.<sup>16</sup> Procedeu-se à análise bivariada realizada com cada variável e o desfecho de interesse (tempo de recaída) em ambos os sexos. Foram calculadas *Hazard Ratio* (HR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

Todas as análises foram realizadas no programa estatístico R versão 2.13.0.<sup>17</sup>

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/RJ, sob o n° de Protocolo 13/12 e aprovado em 27/07/2012.

A inclusão de todos os indivíduos no estudo foi feita mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo paciente ou responsável, por ocasião da entrevista.

## RESULTADOS

Entre os 136 pacientes que foram inicialmente recrutados para o estudo, houve apenas uma recusa. Dos 135 pacientes analisados, 95 (70,3%) eram mulheres. Houve 13 censuras, na data da última consulta na unidade de saúde, de pacientes que abandonaram o tratamento. O índice de recaída não foi estatisticamente diferente entre homens e mulheres (para mulheres: 32,6% aos 3 meses e 48,4% aos 6 meses e, para homens, 37,5% e 50,0%, respectivamente),  $p=0,9833$ .

As variáveis sociodemográficas relacionadas ao tabagismo e uso de álcool, preocupação com peso e depressão e/ou ansiedade referidas, segundo sexo, são apresentadas na Tabela 1. Mais de 50% da população estudada tinha idade entre 45-64 anos; casados ou em união estável somaram 42%, nas mulheres, contra 75% nos homens; o número de filhos foi semelhante em ambos os sexos, com pouca proporção de crianças menores de 5 anos. Ter menos de 8 anos de estudo foi mais comum entre as mulhe-

res, e os homens apresentaram maior renda. A cor/raça predominante foi parda e preta. Entre as mulheres, 43% e, entre os homens, 70% informaram estar trabalhando.

A presença de história familiar de tabagismo aferida pela informação de se algum dos pais era fumante foi positiva em cerca de 80% em ambos os sexos. A idade de iniciação ao fumo foi precoce, sendo menor de 15 anos em aproximadamente metade da população. Acima de 80% fumavam há 20 anos ou mais. Quanto ao grau de dependência em relação à nicotina, a maioria apresentou grau elevado e muito elevado.

O uso de álcool referido foi de 22% entre as mulheres e 37,5% nos homens.

A preocupação com peso, avaliada pelas questões “acha que fumar emagrece” e “tem medo de engravidar ao parar de fumar”, foi semelhante em ambos os sexos, no entanto as mulheres referiram fazer mais dieta do que os homens (24% e 7,5%, respectivamente).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas relacionadas a tabagismo e uso de álcool, IMC, preocupação com peso e depressão e/ou ansiedade entre pacientes em tratamento para cessação do tabagismo, segundo sexo.

Variável	Mulheres (n=95) n (%)	Homens (n=40) n (%)
<b>Sociodemográficas</b>		
<b>Idade (anos)</b>		
15-44	23 (24,0)	13 (32,5)
45-64	60 (63,0)	21 (52,5)
65+	12 (13,0)	06 (15,0)
<b>Escolaridade (anos)</b>		
< 8	43 (45,0)	09 (22,5)
8-11	18 (19,0)	09 (22,5)
12+	34 (36,0)	22 (55,0)
<b>Cor/raça</b>		
Branca	38 (40,0)	13 (32,5)
Outras	57 (60,0)	27 (67,5)
<b>Estado conjugal</b>		
Casado ou união estável	40 (42,0)	30 (75,0)
Outros	55 (58,0)	10 (25,0)
<b>Número de filhos</b>		
Nenhum	09 (9,5)	06 (15,0)

Variável	Mulheres (n=95) n (%)	Homens (n=40) n (%)
<b>Número de filhos</b>		
Até 2	61 (64,5)	23 (57,5)
> 2	25 (26,0)	11 (27,5)
<b>Filhos menores de 5 anos</b>	04 (4,0)	03 (7,5)
<b>Trabalha atualmente</b>	41 (43,0)	28 (70,0)
<b>Renda (salários-mínimos)</b>		
< 2	59 (62,0)	11 (27,5)
2-4	29 (30,5)	15 (37,5)
> 4	07 (7,5)	14 (35,0)
<b><u>Relacionadas ao tabagismo</u></b>		
<b>Idade de iniciação do tabagismo (anos)</b>		
< 15 anos	45 (47,0)	20 (50,0)
15-16 anos	15 (16,0)	09 (22,5)
17-19 anos	22 (23,0)	08 (20,0)
20+	13 (14,0)	03 (7,5)
<b>Duração do tabagismo (anos)</b>		
<20	08 (8,5)	06(15,0)
20+	87 (91,5)	34(85,0)
<b>Grau de dependência (Fagerstrom)</b>		
Muito baixo/baixo	24 (25,0)	03 (7,5)
Médio	09 (10,0)	04 (10,0)
Elevado/muito elevado	62 (65,0)	33 (82,5)
<b>Algum dos pais é fumante</b>	75 (79,0)	32 (80,0)
<b><u>Uso de álcool</u></b>	21 (22,0)	15 (37,5)
<b><u>IMC(kg/m<sup>2</sup>)</u></b>		
Sobrepeso	26 (27,4)	11(27,5)
Obesidade	26 (27,4)	16(40,0)
<b><u>Preocupação com peso</u></b>		
Acha que fumar emagrece	20 (21,0)	10 (25,0)
Tem medo de engordar	38 (40,0)	12 (30,0)
Faz dieta	23 (24,0)	03 (7,5)

Variável	Mulheres (n=95) n (%)	Homens (n=40) n (%)
<b>Depressão e/ou ansiedade referidas</b>		
Tem depressão e/ou ansiedade	70 (74,0)	20 (50,0)
Faz tratamento medicamentoso para depressão e/ou ansiedade	28 (30,0)	02 (5,0)
Faz acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico	14 (15,0)	05 (12,5)

Fonte: dados extraídos dos questionários utilizados na pesquisa, preenchidos pelos profissionais de saúde das unidades da SMS/RJ, 2013.

No início do estudo, 54,8% das mulheres e 67,5% dos homens apresentavam sobrepeso ou obesidade.

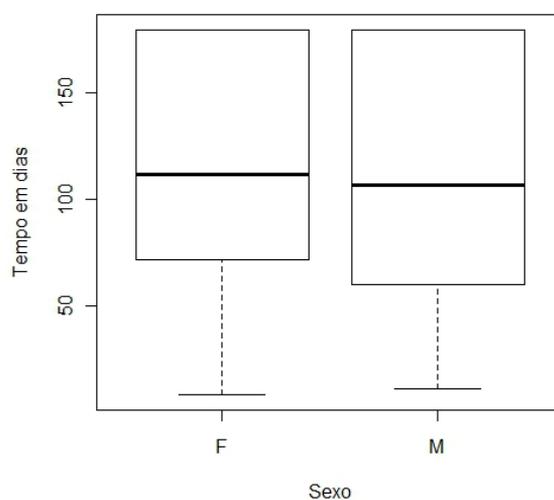
A média de ganho de peso no grupo feminino, aos 3 meses, foi de 1,3kg (mínimo de -7,3kg e máximo de 11,8kg) e, aos 6 meses, de 2,6kg (mínimo de -4,8kg e máximo de 10,3kg). Os homens tiveram a média de ganho de peso, aos 3 meses, de 1,9kg (mínimo de -2,0kg e máximo de 8,0kg) e, aos 6 meses, a média foi de 4,3kg (mínimo de -0,7kg e máximo de 13kg).

Setenta e quatro por cento das mulheres referiram ter depressão e/ou ansiedade, mas apenas 30% faziam uso de

medicamentos e 15% faziam acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico. Entre os homens, a metade referiu ter depressão, porém sem fazer tratamento (95%) e acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico foi semelhante às mulheres.

Nos homens, a recaída ocorreu entre 11 e 130 dias de seguimento. As mulheres recaíram entre 8 e 177 dias. O tempo de recaída mediano foi semelhante, 128 dias nas mulheres e 129 dias nos homens (Figura 1) e não diferiu estatisticamente (*test log-rank*  $p= 0,775$ ).

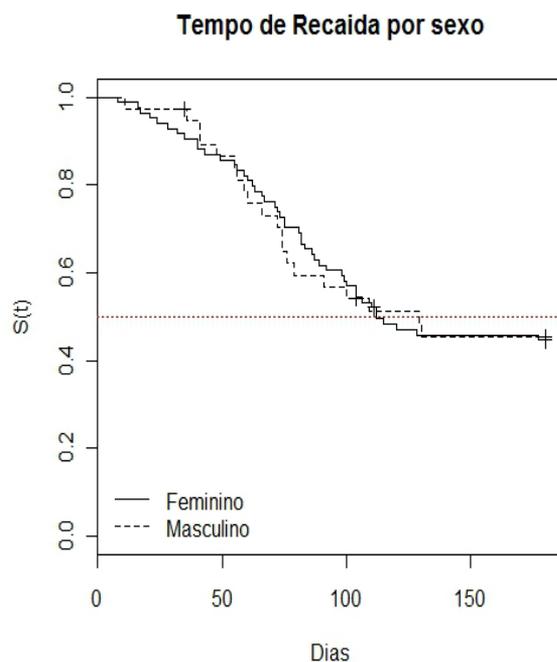
Figura 1 - Tempo mediano de recaída por sexo.



Fonte: dados extraídos das reavaliações dos pacientes após três e seis meses de seguimento da pesquisa, 2013.

A curva de KM estratificada por sexo é representada na Figura 2.

**Figura 2** - Curva de recaída estratificada por sexo.



$p = 0,775$

Fonte: dados extraídos das reavaliações dos pacientes após três e seis meses de seguimento da pesquisa, 2013.

As curvas de KM estratificadas por variáveis categóricas, segundo sexo, foram utilizadas como ferramenta exploratória inicial para verificar o pressuposto de proporcionalidade do risco e pode-se observar que, para todas as variáveis, exceto filhos menores de cinco anos, o pressuposto de proporcionalidade ao longo do tempo parece razoável.

A análise bivariada avaliando o tempo de recaída para os fatores estudados em mulheres e homens está apresentada na Tabela 2. Para as mulheres, entre as variáveis sociodemográficas, escolaridade de 12 anos ou mais mostrou HR com efeito protetor, mas sem significância estatística. O mesmo foi observado para idade maior ou igual a 45 anos. Para variáveis relacionadas à preocupação com peso, “fazer dieta” foi a que apresentou maior HR, embora o IC tenha incluído a unidade. Na depressão e/ou ansiedade referidas, a variável “fazer acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico” apresentou associação de risco estatisticamente significativa para recaída (HR=2,62,

IC95%1,29-5,34). O risco também se mostrou aumentado com o uso de álcool diário ou nos finais de semana (HR=2,11, IC95%1,15-3,89). Entre os homens, os dois pacientes que faziam uso de medicamentos para depressão e/ou ansiedade recaíram. Outros fatores observados com HR indicativas de risco foram: escolaridade de 8 anos ou mais; ter depressão e/ou ansiedade; duração do tabagismo de 20 anos ou mais; grau de dependência médio, elevado/muito elevado; história familiar de tabagismo; uso de álcool diário ou nos finais de semana. Todavia essas HR não apresentaram significância estatística.

## DISCUSSÃO

Os índices de recaída do tabagismo observados aos 3 e 6 meses estão dentro da média encontrada em estudos prévios. E o tempo de recaída mediano foi semelhante em ambos os sexos.

A recaída, definida aqui como voltar a fumar após as

**Tabela 2** - Análise bivariada entre variáveis sociodemográficas relacionadas a tabagismo e uso de álcool, preocupação com peso, depressão e/ou ansiedade e tempo de recaída em dias, segundo sexo.

Variável	HR (IC95%)			
	n	Mulheres	n	Homens
<b><u>Sociodemográficas</u></b>				
<b>Idade (anos)</b>				
15-44	23	1,0	13	1,0
45-64	60	0,89(0,45-1,74)	21	0,54(0,20-1,40)
65+	12	0,60(0,19-1,86)	06	0,84(0,22-3,19)
<b>Escolaridade (anos)</b>				
< 8	43	1,0	09	1,0
8-11	18	1,19(0,57-2,47)	09	1,47(0,32-6,60)
12+	34	0,73(0,37-1,44)	22	1,67(0,47-5,89)
<b>Cor/raça</b>				
Branca	38	1,0	13	1,0
Outras	57	0,62(0,34-1,11)	27	0,48(0,19-1,16)
<b>Estado conjugal</b>				
Casado ou união estável	40	1,0	30	1,0
Outros	55	0,57(0,32-1,02)	10	1,03(0,37-2,84)
<b>Número de filhos</b>				
Nenhum	09	0,92(0,33-2,60)	06	0,29(0,03-2,51)
Até 2	61	0,82(0,42-1,60)	23	1,98(0,71-5,53)
> 2	25	1,0	11	1,0
<b>Filhos menores de 5 anos</b>				
Não	91	1,0	37	1,0
Sim	04	0,99(0,24-4,09)	03	2,67(0,78-9,16)
<b>Trabalha atualmente</b>				
Não	54	1,0	12	1,0
Sim	41	0,97(0,54-1,74)	28	0,80(0,32-2,01)
<b><u>Relacionadas ao tabagismo</u></b>				
<b>Idade de iniciação do tabagismo (anos)</b>				
<15	45	1,0	20	1,0

Variável	HR (IC95%)			
	n	Mulheres	n	Homens
<b>Idade de iniciação do tabagismo (anos)</b>				
15-16	15	1,75(0,80-3,84)	09	9,98e-01(0,34-2,87)
17-19	22	0,76(0,32-1,80)	08	9,60e-01(0,30-3,02)
20+	13	1,58(0,72-3,45)	03	3,83e-08(0,00-inf)
<b>Duração do tabagismo (anos)</b>				
<20	08	1,0	06	1,0
20+	87	1,06(0,38-2,98)	34	1,66(0,38-7,21)
<b>Grau de dependência (Fagerstrom)</b>				
Baixo/muito baixo	24	1,0	03	1,0
Médio	09	1,11(0,35-3,51)	04	2,13(0,19-23,51)
Elevado/muito elevado	62	1,28(0,64-2,55)	33	2,17(0,28-16,39)
<b>Algum dos pais é fumante</b>				
Não	20	1,0	08	1,0
Sim	75	0,71(0,35-1,44)	32	1,43(0,41-4,90)
<b>Uso de álcool</b>				
Nunca ou raramente	74	1,0	25	1,0
Diário ou finais de semana	21	2,11(1,15-3,89)	15	1,94(0,80-4,68)
<b><u>Preocupação com peso</u></b>				
<b>Tem medo de engordar</b>				
Não	57	1,0	28	1,0
Sim	38	0,96(0,52-1,74)	12	0,87(0,33-2,27)
<b>Faz dieta</b>				
Não	72	1,0	37	1,0
Sim	23	1,62(0,83-3,09)	03	0,48(0,06-3,61)
<b><u>Depressão e/ou ansiedade referidas</u></b>				
<b>Tem depressão e/ou ansiedade</b>				
Não	25	1,0	1,0	20
Sim	70	0,96(0,50-1,82)	20	1,84(0,75-4,51)

Variável	HR (IC95%)			
	n	Mulheres	n	Homens
<b>Faz tratamento medicamentoso para depressão e/ou ansiedade</b>				
Não	67	1,0	38	1,0
Sim	28	0,80(0,41-1,56)	02	12,19(2,34-63,37)
<b>Faz acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico</b>				
Não	81	1,0	35	1,0
Sim	14	2,62(1,29-5,34)	05	0,71(0,16-3,09)

Fonte: dados extraídos dos questionários utilizados na pesquisa, preenchidos pelos profissionais de saúde das unidades da SMS/RJ, 2013.

quatro sessões estruturadas, é considerada uma falha do PNCT e a maioria dos estudos realizados preocupa-se com os índices de cessação do tabagismo medidos nessa fase, não levando em conta a manutenção do resultado após as quatro sessões.

Uma revisão de literatura encontrou um índice de recaída de 70 a 80%, entre 6 e 12 meses após a cessação.<sup>3</sup> Índices mais baixos foram relatados em estudos brasileiros. Sales e colaboradores<sup>18</sup> encontraram 17,8% em 12 meses, com 258 pacientes de um hospital no Ceará; já outro trabalho realizado em São Paulo<sup>19</sup> avaliou 171 pessoas e seu índice de recaída foi de 36%. Uma investigação coreana<sup>20</sup> mostrou um índice de recaída de 24,1% em 191 homens. Segundo dados de revisão que incluiu 84 estudos de tratamento de fumantes compilados pelo INCA,<sup>21</sup> cerca de 2/3 de todas as recaídas ocorreram dentro dos primeiros 90 dias de cessação, aos 6 meses, 70% e, aos 12 meses, podem atingir 80%.

Ter 12 ou mais anos de estudo foi indicativo de fator de proteção para recaída entre mulheres. Já para os homens, a escolaridade de 8 anos ou mais parece se relacionar a um maior risco de recaída; no entanto, o número pequeno de participantes masculinos não possibilita uma melhor interpretação desse achado. Na literatura, o maior nível de escolaridade parece proteger, já que o índice de cessação é maior nesse grupo.<sup>19,22,23</sup> A idade na faixa de 45 a 64 anos parece proteger a recaída em homens e mulheres, semelhante ao observado nos estudos de Sales e colaboradores,<sup>18</sup> Peixoto, Firmo e Lima-Costa<sup>23</sup> e nos resultados do Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico em 2013.<sup>1</sup>

O ganho de peso foi reportado como um dos fatores para recaída em mulheres,<sup>24</sup> porém a média de ganho de

peso encontrada aos três e seis meses foi maior entre os homens. Chatkin e Chatkin<sup>11</sup> encontraram uma média de ganho de peso, ao parar de fumar até 2 anos, de 2,8 kg em mulheres e 3,8kg em homens, sendo que 13% de ex-fumantes podem ganhar mais de 10 kg. Numa revisão de 62 estudos,<sup>25</sup> a média de ganho de peso foi 2,85 kg aos 3 meses e 4,23 kg aos 6 meses, muito semelhante aos resultados do presente estudo. Entre os pacientes avaliados, cerca de 70% se encontravam com sobrepeso ou obesidade, diferente do que foi relatado em outros estudos clínicos e epidemiológicos,<sup>12</sup> nos quais os indivíduos fumantes pesavam menos que os não fumantes. Outra revisão de 35 estudos de coorte identificou um ganho de peso de 4,1kg (IC95%2,69- 5,51) em três meses após cessação tabágica.<sup>26</sup>

A preocupação com o peso, avaliada a partir da proporção de pessoas que responderam positivamente para as questões sobre “achar que fumar emagrece” e “ter medo de engordar ao parar de fumar” foi semelhante entre mulheres e homens. Entre mulheres, contudo, o relato de “fazer dieta” foi mais frequente. Os resultados de ensaio clínico realizado no município do Rio de Janeiro<sup>22</sup> verificaram que 40% dos participantes referiram ter medo de engordar ao parar de fumar. Outro estudo, conduzido em unidade de saúde pública na Coreia,<sup>20</sup> que avaliou o ganho de peso como fator para recaída não encontrou associação significativa.

Embora o número de participantes segundo sexo não permita comparações, um percentual maior de mulheres, se comparado ao de homens, referiu ter crises de depressão e/ou ansiedade e fazer tratamento medicamentoso. Já a proporção de fazer acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico foi semelhante em ambos os sexos. Foi possível, ainda, observar, entre as mulheres, uma asso-

ciação positiva entre tempo de recaída e depressão e/ou ansiedade, por meio da condição: fazer acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico. Esses achados são consistentes com os de vários estudos em que o estresse, sintomas psiquiátricos, depressão e/ou ansiedade foram descritos como fatores de risco para cessação e recaída, principalmente em mulheres. Um trabalho realizado por Castro e colaboradores<sup>27</sup> avaliou a relação entre grau de dependência em relação à nicotina e sintomas de ansiedade e depressão e os resultados mostraram que as mulheres apresentaram um maior grau de dependência associado a ambas, depressão e ansiedade. Já entre os homens, essa associação foi vista apenas para ansiedade. Figueiredo,<sup>9</sup> em sua tese, relata que pessoas com depressão e estresse fumam mais e têm maior dificuldade de parar de fumar. Malbergier e Oliveira<sup>13</sup> concluem, a partir de revisão da associação entre tabagismo e saúde mental, que há uma crescente evidência da relação entre fumantes e doenças psiquiátricas, especialmente depressão e esquizofrenia, e que o tratamento da dependência à nicotina nesses pacientes é difícil.

O tratamento do fumante oferecido nas unidades básicas de saúde contempla o uso de medicamento não nicotínico, como a bupropiona, que, embora seja um antidepressivo, é prescrita para reduzir a compulsão pelo uso de cigarros e não para tratar depressão. Tendo em vista que há pacientes que demandam uma abordagem especializada para cessação do tabagismo e integrada a outras terapias, os resultados deste estudo sugerem a necessidade de que, para pessoas que têm problemas psiquiátricos, o tratamento preconizado atualmente pelo INCA/MS<sup>14</sup> precisa ser reavaliado. As recomendações para o tratamento do fumante deveriam considerar quais as pessoas que não se enquadram no perfil geral e, para estas, formas adequadas de encaminhamento para serviços especializados de saúde mental.

Outro fator encontrado que apresentou associação de risco com o tempo de recaída em mulheres foi o uso de álcool diário ou nos finais de semana. O uso de álcool foi reportado como associado à prevalência do tabagismo no estudo de Kuhnen e colaboradores.<sup>28</sup>

Entre as principais limitações do estudo, destacam-se a seleção das unidades de saúde ter sido por conveniência e a incapacidade da equipe de pesquisa de poder incorporar um número maior de unidades. Aliado a isso, houve dificuldade de inserir mais pacientes homens pela baixa procura destes ao serviço. Com isso, os resultados, apesar da validade interna, só podem ser extrapolados para populações de mulheres na área geográfica estudada.

## CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa permitem concluir que, entre os indivíduos estudados, a depressão e/ou ansiedade e o uso de álcool podem representar fatores de risco para recaída e a preocupação com o peso deve ser considerada no tratamento do tabagismo, principalmente em mulheres. Os fumantes poderiam se beneficiar de tratamentos que oferecessem, de forma complementar, atendimentos para saúde mental e nutrição.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Guerra MP. A abstenção tabágica: reflexões sobre a recaída. *Análise Psicológica*. 2004; 22(3):507-517.
4. Fiore MC et al., Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. *JAMA*. 1994 June; 22-29: 271(24):1940-7.
5. Zhou X et al. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the AT-TEMPT cohort study. *Addictive Behaviors*. 2009; 34:365–373.
6. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco* [Citado em 2013 jan. 03]. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home/dados\\_numeros/custos](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/custos)>.
7. Borges MTT, Simões-Barbosa RH. Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. *Cad Saúde Pública*. 2008 dez.; 24(12):2834-2842.
8. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology*. 2003; 8:123-130.
9. Figueiredo VC. *Um panorama do tabagismo em 16 capitais brasileiras e Distrito Federal: tendências e heterogeneidades* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2007.

10. Chatkin JM. A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2006; 32(6):573-579.
11. Chatkin R, Chatkin JM. Tabagismo e variação ponderal: a fisiopatologia e genética podem explicar esta associação? *J Bras Pneumol*. 2007; 33(6):712-719.
12. Dorea AJP, Botelho C. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2004 ago.; 30:S41-S46.
13. Malbergier A, Oliveira Jr. HP. Dependência do tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev Psiq Clín*. 2005; 32(5): 276-282.
14. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
15. Who. The World Health Report 2000: health systems: improving performance [Citado em 2014 Feb. 11]. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)>.
16. Carvalho MS et al. Análise de sobrevivência: teoria e aplicações em saúde. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
17. The R Project for Statistical Computing [Citado em 2014 Nov. 02]. Disponível em: <<http://www.R-project.org/>>.
18. Sales MPU et al. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico. *J Bras Pneumol*. 2006; 32(5):410-417.
19. Azevedo RCS et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(5):593-596.
20. Son HK et al. The factors implicated when an individual starts to smoke again after a 6 month cessation. *J Prev Med Public Health*. 2009 Jan. [Citado em 2013 Dec. 8]; 42(1):42-48. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term>>.
21. Instituto Nacional de Câncer (INCA). I Encontro de Profissionais de Saúde para Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS. Recaída em tabagismo [Citado em 2014 jan. 18]. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Paciente\\_recaiu.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Paciente_recaiu.pdf)>.
22. Otero UB et al. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006 fev.; 22(2):439-449.
23. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saúde Pública*. 2007 jun.; 23(6):1319-1328.
24. Mendelsohn C. Women who smoking – a review of the evidence. *Australian Family Physician*. 2010; 39(10):403-407.
25. Garcia J. Weight gain substantial after smoking cessation. *Medscape Medical News [Online]*. 2012 July 10.
26. Tian J et al. The association between quitting smoking and weight gain: a systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Obes Rev*. 2015 Oct.; 16(10):883-901.
27. Castro MGT et al. Gênero e sintomas depressivos em tabagistas. *Rev Psiquiatr RS*. 2008; 30(1):25-30.
28. Kuhnen M et al. Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(4):615-626.

---

Submissão: janeiro de 2015

Aprovação: novembro de 2015

---