

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO ANTI-TABAGISMO DA FCT-UNESP: ANÁLISE DO COMPROMETIMENTO VENTILATÓRIO PULMONAR, GRAU DE ANSIEDADE E AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA.

Adriana Cristina Martinez Fernandes, Ercy Mara Cipulo Ramos, Dionei Ramos, Rafael Campos da Silva, Sergio Minoru Oikawa. – Fisioterapia e Terapia Ocupacional - Fisioterapia – Departamento de Fisioterapia – Faculdade de Ciências e Tecnologia – Campus de Presidente Prudente.

Hoje o tabaco mata um em cada 10 adultos, podendo essa proporção chegar a um para seis no ano 2030 (OPS, 2000). O tabagismo é responsável por 2,6% da mortalidade geral mundial e com o corrente padrão de consumo de tabaco, essa taxa triplicará em 2020, ascendendo a 8,9% (WHO, 1997). Segundo a Organização Panamericana de Saúde, atualmente a mortalidade anual atribuída ao tabagismo no Brasil, é de 200.000 (PETO et al, 1994).

Quando comparadas com as pessoas que continuam a fumar, as que deixam de fumar antes dos 50 anos de idade apresentam uma redução de 50% no risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo após 16 anos de abstinência. O risco de morte por câncer de pulmão sofre uma redução de 30 a 50% em ambos os sexos após 10 anos sem fumar; e o risco de doenças cardiovasculares cai pela metade após um ano sem fumar (US SURGEON GENERAL, 1990).

A DPOC tem no hábito de fumar cigarros seu principal agente etiopatogênico (CARDOSO et al, 1996). Os fumantes com doença pulmonar crônica obstrutiva constituem grupo de eleição para o tratamento de cessação de fumar. Este tem de ser mais aprofundado e demorado, porque em geral esses pacientes são dependentes da nicotina em alto grau. Deixar de fumar para esses pacientes é a melhor terapêutica contra a DPOC. Entretanto não existe possibilidade de cura, mas há chance de melhoras sintomáticas, de melhor qualidade de vida e aumento de esperança desta (ROSEMBERG, 2003).

Na Bélgica, um estudo verificou o impacto da espirometria no diagnóstico precoce da DPOC e constatou-se que a espirometria realizada na atenção primária à saúde permite o diagnóstico de novos casos de distúrbio obstrutivo pulmonar (7,4% da população alvo), sendo que destes, 42% não teriam diagnóstico sem o exame (BUFFELS et al, 2004).

Enquanto a maioria dos estudos tem demonstrado que ocorre um aumento transiente na ansiedade, após a cessação do tabagismo, alguns têm demonstrado o contrário. Além disso, alguns estudos parecem mostrar uma diminuição na ansiedade abaixo dos níveis de pré-cessação após algumas semanas de abstinência (WEST & HAJEK, 1997). Numerosos trabalhos publicados nas duas últimas décadas revelam associação entre tabagismo e ansiedade/transtornos de ansiedade (HUGHES et al., 1986). Contudo, muitos autores afirmam que as evidências dessa relação ainda são bem menos consistentes, em contraste com a relação tabagismo – depressão (TAKEMURA et al. 1999). A Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) foi primariamente desenvolvida para ser aplicada a "pacientes de serviços não psiquiátricos de um hospital geral" (ZIGMOND, 1983). Os conceitos de depressão e ansiedade encontram-se separados; o conceito de depressão destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos (BOTEGA et al, 1995).

Os questionários de qualidade de vida podem ser genéricos ou específicos. Os genéricos foram desenvolvidos com o objetivo de refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em diversas populações. Eles avaliam aspectos de função, disfunção, desconforto físico e emocional. O Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health

Survey (SF-36) é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida. Possui oito áreas de abordagem e é auto-aplicável (RODRIGUES, 2003), é um dos mais citados na literatura, o qual tem sido um dos principais instrumentos validados em nossa língua. Atualmente ele é empregado em pesquisas clínicas e em estudos epidemiológicos em virtude de sua fácil aplicação e compreensão pelo paciente (WARE & SHERBOURNE, 1992).

O presente estudo teve como objetivos verificar o comportamento da CVF, do VEF₁, da VEF₁/CVF e do FEF_{25-75%} através do teste espirométrico, o grau de ansiedade através da escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) e avaliar a qualidade de vida dos indivíduos participantes do programa de cessação do tabagismo através do questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey).

A população estudada para realização deste trabalho foi composta por 13 indivíduos frequentadores do Projeto Anti-tabagismo da FCT/UNESP, Campus de Presidente Prudente. Os testes espirométricos ocorreram em três momentos: antes da cessação do hábito tabágico, assim que houve a cessação e após 60 dias deste marco, sendo baseado na Capacidade Vital Forçada. Ainda durante os testes foram monitorados os sistemas cardiovascular e respiratório: pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória. A escala HAD contendo 14 questões do tipo múltipla escolha, compondo-se de duas subescala: uma para ansiedade e outra para depressão, com sete itens cada. A pontuação global em cada subescala varia de 0 a 21 e o SF-36 possui oito áreas de abordagem, com um total de 36 itens em 11 perguntas. Ambos os questionários foram abordados juntamente com o primeiro e terceiro testes espirométricos.

Os valores analisados demonstraram os perfis médios e intervalos de confiança 95%, para os dados espirométricos e representações gráficas da dispersão do grau de ansiedade e depressão e qualidade de vida, separados por indivíduos que cessaram o hábito e que não cessaram e por sexo. Os valores obtidos não demonstram significância estatística ($p > 0,05$).

Cinco indivíduos concluíram todas as atividades programadas pelo projeto e oito indivíduos que estiveram nas atividades do projeto piloto, mas não conseguiram cessar o hábito tabágico, foram analisados para comparação com o grupo contemplado.

No presente estudo, dos 13 participantes que tiveram curvas aceitas para análise espirométrica, 69,23% apresentam valores acima do predito para CVF, 46,15% para VEF₁, 38,46% para a razão VEF₁/CVF e 38,46% para FEF_{25-75%}, sendo os demais participantes e valores abaixo do predito. 53,84% dos participantes, sendo 60 % dos indivíduos que cessaram o hábito tabágico e 57,14% dos indivíduos que não cessaram o hábito tabágico, apresentaram em suas coletas valores de VEF₁ abaixo do predito.

Valores reduzidos de VEF₁ na presença da razão VEF₁/CVF% reduzida define um distúrbio obstrutivo e a redução da razão citada em sintomáticos respiratórios, mesmo com VEF₁ normal define igualmente distúrbio obstrutivo, sendo que dos indivíduos analisados, 60% dos que cessaram o hábito tabágico e 50% dos que não conseguiram cessar apresentaram essa relação diminuída. Comparações de anormalidades em pacientes com DPOC estabelecida tendem a mostrar mudanças muito mais surpreendentes para o FEF_{25-75%} do que para a razão VEF₁/CVF. Entretanto, devido à correlação existente entre o FEF_{25-75%} e a razão VEF₁/CVF%, quando esta é anormal, a medida do FEF_{25-75%} torna-se redundante, assim como é notado em 61,53% dos indivíduos analisados, sendo 60% pertencente ao grupo que cessou o hábito e 50% dos que não cessaram o hábito.

Nesse estudo, aponta-se para um favorecimento da população feminina que cessou o hábito tabágico em relação à população masculina provavelmente por apresentarem anos de hábito tabágico e consumo de cigarros por dia menores, sendo verificado graficamente nos parâmetros dos preditos um declive comparando-se o segundo teste com o primeiro e um acentuado

do terceiro com relação ao segundo, sendo os terceiros acusados acima dos valores dos primeiros. Em comparação, na população masculina houve em todos os gráficos com parâmetros dos preditos declives, sendo os terceiros testes acusados abaixo dos valores dos primeiros.

Ficou plenamente demonstrado que nas pessoas predispostas, a supressão do tabaco pode precipitar ou acentuar a depressão, a depressão torna muito mais difícil abandonar o tabaco, nos pacientes com depressão ou estresse, a prevalência tabágica é superior a da população geral e o contingente de fumantes com depressão é maior nas mulheres que nos homens, já na população analisada neste estudo não se pode garantir essa prevalência para a população feminina provavelmente pelo tamanho amostral disponível, com relação a influência do grau de depressão na supressão do tabaco pode é difícil de se afirmar pois a população apresenta um grau entre ausente e subclínico mantido entre as duas coletas.

Questionários como o SF-36, genérico, ou alguns mais específicos, segundo Fernandes e Oliveira (1997), podem ser usados de diversas maneiras, como é o exemplo, um instrumento de aplicação longitudinal, para avaliação da eficácia de um programa ou abordagem terapêutica, assim como foi notado nos participantes que concluíram todas as atividades programadas e demonstraram, em geral, melhora em suas qualidades de vidas.

Segundo Rosemberg (2003), os fumantes precisam ser tratados, porque o consumo de tabaco, pelos altos riscos de morbiletalidade, encurta a esperança de vida e quanto mais cedo se abandona o tabaco, maior é a esperança de vida. Conforme Peto et al afirmaram em 1994, no grupo dos 34 a 69 anos os óbitos pelo tabagismo representam um terço da mortalidade geral e no grupo estudado, tanto antes do projeto piloto como após seu termino obtiveram índices abaixo da normalidade, que seria entre 50 e 100 pontos para a media do estado geral de saúde.

A adoção de estratégia de ajudar as vítimas da dramática epidemia do tabagismo, investindo no seu tratamento (ROSEMBERG, 2003), a inserção de projetos que englobem e estimulem os indivíduos tabagistas a deixarem o hábito é de fundamental importância, pois segundo WHO, em 2003, dois terços dos fumantes do mundo reúnem-se nos países em desenvolvimento.

Conclui-se, neste estudo, que os dados verificados nos dados espirométricos demonstraram diferenças no comportamento dos valores entre os sexos, apontando para uma vantagem da população feminina que cessou o habito tabágico e os valores do grau de depressão da população que obteve êxito na cessação do habito tabágico foram menores do que os valores da que não obteve êxito, podendo ter influenciado na adesão ao tratamento.

Referências Bibliográficas:

BOTEGA, N. J. *et al.* Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 359-363, out.1995. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2005.

BUFFELS, J. et al. Office spirometry significantly improves early detection of copd in general practice – The DIDASCO study. **Chest**, v. 125, n. 4, p. 1394-1399, abr. 2004.

CARDOSO, A.P.; LEMLE, A.; BETHLEM, N. Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas. In: BETHLEM, N. **Pneumologia**, 4 ed. São Paulo: Atheneu, 1996. 958 p.

FERNANDES, A.L.G.; OLIVEIRA, M.A. Avaliação da qualidade de vida na asma. **J Pneumol**, v. 23, p. 148-152, 1997.

HUGHES, J.R. et al. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. **Am J Psychiatry**, v. 143, p. 993-997, 1986.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPS) – BANCO MUNDIAL. **La epidemia del tabaquismo**. Publicación científica N° 577, 2000.

PETO, R. et al. **Mortality from smoking in developed countries: 1950-2000**. N York: Ed Oxford University Press, 1994.

RODRIGUES, S. L. **Reabilitação Pulmonar – Conceitos Básicos**. Barueri: Manole, 2003. 181 p.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: Droga Universal**. São Paulo: SES/CVE, 2003.174 p.

TAKEMURA, Y. et al. Cross-sectional study on the relationship between smoking or smoking cessation and trait anxiety. **Prevent Med**, v. 29, p. 496-500, 1999.

US SURGEON GENERAL. **The Health Benefits of Smoking Cessation: a report of the Surgeon General**. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health, 1990.

WARE, J.E.J.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WEST, R.; HAJEK, P. What happens to anxiety levels on giving up smoking? **Am J Psychiatry**, v. 154, n. 11, p. 1589-1592, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tobacco use. A public health disaster**. World No Tobacco Day. 31 mai. 1997.

_____. **Tobacco and Health in the developing world**. Brussels, 3-4 fev. 2003.

ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiat Scand**, v. 67, p. 361-370, 1983.

Bolsa: CNPq/PIBIC