

# Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco

Quality of life and severity of tobacco dependence

MARIA DA GRAÇA CASTRO<sup>1</sup>, MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA<sup>2</sup>, JOÃO FELIZ DUARTE DE MORAES<sup>3</sup>,  
AIESSANDRA CECÍLIA MIGUEL<sup>4</sup>, RENATA BRASIL ARAUJO<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Psiquiatra e mestra em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

<sup>2</sup> Psicóloga e doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Estado de São Paulo (Unifesp).

<sup>3</sup> Doutor em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

<sup>4</sup> Psicóloga e pesquisadora voluntária da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

<sup>5</sup> Psicóloga e doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Recebido: 10/04/2006 – Aceito: 07/06/2006

---

### Resumo

**Contexto:** A qualidade de vida é um constructo que vem ganhando importância como uma forma de acessar o impacto tanto de uma patologia quanto de uma estratégia terapêutica na vida dos sujeitos. Este parâmetro tem sido pesquisado nas mais variadas áreas, entre as quais o tabagismo. **Objetivo:** Avaliar a associação entre a qualidade de vida e a gravidade da dependência do tabaco. **Método:** Foi realizado um estudo transversal, com uma amostra por conveniência de 276 dependentes de tabaco da população geral, sem doenças tabaco-relacionadas. Os instrumentos utilizados foram: World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Fagerström Test for Nicotine Dependence e ficha com dados sociodemográficos. **Resultados:** Foi verificada associação entre a gravidade da dependência de tabaco e piores escores em todos os domínios da qualidade de vida, avaliada por WHOQOL-BREF, tendo sido esse resultado influenciado por sintomas de ansiedade e depressão. **Conclusão:** Os tabagistas mais graves têm mais prejuízos na qualidade de vida, no entanto esse grupo é o que apresenta os escores mais elevados de sintomas depressivos e de ansiedade, sendo importante realizar mais estudos a esse respeito.

Castro, M.G. et al. / *Rev. Psiq. Clín.* 34 (2); 61-67, 2007

**Palavras-chave:** Nicotina, qualidade de vida, tabaco.

---

### Abstract

**Background:** Quality of life is a construct that has been increasing its importance as a means to access the impact, either of a given pathology or of a therapeutic strategy applied to a given subject. This parameter has been researched in the most various areas, among which, smoking. **Objective:** Evaluating the association between quality of life and the severity of tobacco dependence. **Method:** A transversal study has been applied, using a convenience sample of 276 tobacco users, selected at random, tobacco-related diseases free. The instruments used were: World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Fagerström Test for Nicotine Dependence and a social and demographic data file. **Results:** It has been found association between the severity of tobacco dependence and the lowest scores in all domains of quality of life, evaluated by WHOQOL-BREF. Such result has been influenced by anxiety and depression symptoms. **Conclusion:** Heavy smokers have less quality of life but this group its also that with heavy depressive and anxiety symptoms, therefore, it is important that more studies are applied on the topic.

Castro, M.G. et al. / *Rev. Psiq. Clín.* 34 (2); 61-67, 2007

**Key-words:** Nicotine, quality of life, tobacco.

## Introdução

### Tabagismo

O tabagismo está associado à alta morbimortalidade, sendo responsável por aproximadamente 5 milhões de mortes ao ano e considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) a maior causa de morte evitável e de maior crescimento no mundo. Apesar das evidências da associação do tabaco a várias patologias (Breslau *et al.*, 2001; Grant *et al.*, 2004) e sua incidência estar diminuindo em alguns países, sabe-se que alguns tabagistas têm muita dificuldade para manter a abstinência (Breslau *et al.*, 2001), tornando a sua abordagem um desafio para os profissionais que trabalham na área da saúde.

A qualidade de vida, definida pela OMS (The WHO-QOL Group, 1994) 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”, tem sido utilizada nos últimos anos como uma medida para avaliar o impacto tanto do tabagismo (Schmitz *et al.*, 2003; Mulder *et al.*, 2001; Martinez *et al.*, 2004) quanto das doenças a este associadas (Lima, 2002; Garces *et al.*, 2004) na vida do sujeito. Essa medida pode ter um papel mais imediato na motivação desses indivíduos, uma vez que as patologias associadas ao tabaco, as quais, muitas vezes, levam o indivíduo a contemplar uma possibilidade de mudança do hábito de fumar, só costumam ocorrer após um longo tempo de exposição ao fumo (Olufade *et al.*, 1999; Wilson *et al.*, 1999).

Nos últimos anos tem sido observado um aumento no número de pesquisas que mensuram a qualidade de vida em tabagistas e um ponto em comum encontrado nesses estudos foi a melhor qualidade de vida dos não-tabagistas quando comparados aos tabagistas (Olufade *et al.*, 1999; Woolf *et al.*, 1999; Wilson *et al.*, 1999; Mitra *et al.*, 2004). No entanto, deve-se observar que, em muitos desses trabalhos, os indivíduos não foram categorizados de acordo com a gravidade da dependência ou com o número de cigarros utilizados, bem como não foi dada atenção à presença de comorbidades psiquiátricas.

Um estudo que avaliou a qualidade de vida relacionando-a à gravidade da dependência de tabaco foi o conduzido por Wilson *et al.* (1999), com não-fumantes, ex-fumantes e tabagistas leves (menos de 15 cigarros/dia), moderados (entre 15 e 24 cigarros/dia) e graves (25 ou mais cigarros/dia), que constatou prejuízo dos tabagistas moderados e graves em todas as dimensões do Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), quando comparados aos não-fumantes. Mesmo os tabagistas leves apresentaram piores escores que os não-fumantes, exceção feita ao domínio Aspectos Físicos, no qual não foi observada diferença. Os domínios Estado Geral de Saúde e Vitalidade foram mais comprometidos nos tabagistas graves do que no grupo

de moderados. Uma observação a ser feita é que as comorbidades psiquiátricas, tão frequentes no tabagismo (Breslau *et al.*, 2004), não foram avaliadas neste estudo, no entanto foi verificada associação entre a dependência do tabaco e prejuízo no componente mental da SF-36. Esse componente apresentou-se com menores escores entre os tabagistas graves quando comparados aos outros grupos, exceto aos tabagistas moderados, diante dos quais não foi constatada diferença. Desta forma, segundo esses autores, os tabagistas não são um grupo homogêneo e devem ser utilizadas estratégias particularizadas para o grupo de tabagistas graves ser auxiliado a reduzir a quantidade de cigarros/dia com o intuito de produzir melhora em sua qualidade de vida.

A quantidade de cigarros consumida também foi utilizada como parâmetro para avaliação da gravidade da dependência no estudo de Bellido-Casado *et al.* (2004), os quais encontraram associação de um maior consumo anual de cigarros com um comprometimento na qualidade de vida relativo ao domínio Estado Geral de Saúde.

Schmitz *et al.* (2003) avaliaram a gravidade do uso de tabaco por meio do número de cigarros/dia, considerando quem consumia 20 ou mais cigarros/dia fumante severo, entre 10 e 19 moderado e de 1 a 9 leve. Esse estudo constatou comorbidade psiquiátrica em mais da metade dos dependentes de tabaco. Os dependentes de tabaco apresentaram pior qualidade de vida em relação aos não-dependentes em sete das oito dimensões avaliadas, e a diferença mais significativa ocorreu no Componente Mental da escala. Os fumantes obtiveram menores escores em todos os domínios da SF-36, quando comparados aos ex-fumantes e aos que nunca fumaram. O prejuízo na qualidade de vida foi mais marcado no grupo de ex-fumantes e fumantes severos do que entre os ex-fumantes e fumantes atuais menos graves. Um aspecto a ser destacado foi o fato de não ter sido verificada nesse estudo diferença entre os ex-fumantes e fumantes na dimensão física da qualidade de vida, sendo esse achado similar ao encontrado nas pesquisas conduzidas por Mitra *et al.* (2004) e Martinez *et al.* (2004). Talvez a explicação para a obtenção desses resultados seja a exclusão, em ambos os casos, dos indivíduos com história de alguma doença crônica associada a tabaco.

Martinez *et al.* (2004) detectaram diferenças significativas na qualidade de vida, entre fumantes e não-fumantes, ambos os grupos sem comorbidade psiquiátrica. Os fumantes apresentaram índices significativamente piores em todos os domínios, exceto o Domínio Físico, Dor e Emocional. No que diz respeito à cessação do fumo, vários estudos verificaram sua associação à melhora da qualidade de vida (Mitra *et al.*, 2004; Tillmann *et al.*, 1997), sendo esse resultado possível de ser utilizado como uma forma de motivar os tabagistas para a abstinência.

Deve-se tecer um comentário a respeito das comorbidades do tabagismo, sendo os transtornos de ansiedade, depressão e os relacionados a outras substâncias psicoa-

tivas os mais comuns (Breslau *et al.*, 2004). No que diz respeito à depressão, alguns autores consideram que a qualidade de vida prejudicada pode ser um precursor ou uma conseqüência da depressão (Moore *et al.*, 2005).

Em função da relevância deste tema, o objetivo deste estudo foi verificar a associação entre a gravidade da dependência de tabaco e a qualidade de vida.

## Método

O delineamento deste estudo foi transversal.

### Participantes

A amostra foi por conveniência, composta por 276 sujeitos tabagistas da população geral, os quais preenchiam critérios para dependência de tabaco pela CID-10 21. O tempo de uso de tabaco teve uma média de 20,70 anos (SD = 11,76).

Os participantes eram dos sexos masculino (n = 107) ou feminino (n = 167), com idades variando entre 18 e 60 anos (M = 37,39 anos; SD = 11,53), e tinham um grau mínimo de escolaridade equivalente à quinta série do Ensino Fundamental, e 25,4% tinham primeiro grau, 29,7%, segundo grau, e 38,8% cursaram até o terceiro grau (M = 11,06 anos de estudo; SD = 3,14). Os participantes distribuíram-se, de acordo com os Critérios de Classificação Econômica Brasil 22, da seguinte forma: 20 (7,2%) pertencentes à classe E, 82 (29,7%), à classe D, 91 (33%), à classe C, 59 (21,4%), à classe B e 21 (7,6), à classe A (*missing* = 3).

A média da idade de início do uso de tabaco foi 16,67 anos (SD = 4,15) e, em relação ao número de cigarros consumidos em um dia, a média foi de 17,90 (SD = 11,07). A média de pontos na Escala Fagerström foi de 4,26 (SD = 2,78), o que é considerado como um nível leve de dependência (Carmo *et al.*, 2002).

### Instrumentos

- 1) Ficha com dados sociodemográficos: para a coleta de dados demográficos e de informações gerais sobre a saúde e a história e perfil do uso de tabaco e de outras substâncias psicoativas.
- 2) WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Instrument (The WHOQOL Group, 1998), elaborada pela OMS. Consiste em 26 itens abrangendo quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental, uma questão relativa à qualidade de vida geral e uma à satisfação com a saúde. O WHOQOL-BREF alia bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, sendo, então, uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe a avaliar qualidade de vida no Brasil. O instrumento aplicado neste estudo foi o validado por Fleck *et al.* (2000). Tal instrumento apresentou propriedades psicométricas

satisfatórias para a avaliação da qualidade de vida em tabagistas (Castro, 2006).

- 3) Questionário de Tolerância de Fagerström (Fagerström, 1978): para avaliar a gravidade da dependência de nicotina é um instrumento amplamente utilizado. Consiste em seis questões, duas pontuadas de 0 a 3 e as demais de 0 a 1. Os pontos de corte deste instrumento são: leve: 0-4; moderado: 5-7; alto: 8-10. No Brasil, tal instrumento foi validado por Carmo e Pueyo (2002).
- 4) Inventário de Depressão de Beck: Beck Depression Inventory (BDI) é um dos instrumentos mais usados, tanto na clínica quanto em pesquisa para avaliar sintomas depressivos. É uma escala de auto-relato, composta por 21 itens, validada no Brasil por Cunha (2001).
- 5) Inventário de Ansiedade Beck: Beck Anxiety Inventory (BAI) é uma escala de auto-relato que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade, sendo composta por 21 itens. No Brasil, foi traduzido e validado por Cunha (2001).

### Procedimentos

Os instrumentos foram aplicados individualmente por uma equipe treinada, iniciando-se pela ficha de dados sociodemográficos e dados referentes ao perfil de consumo de tabaco, outras substâncias e história médica. Aos sujeitos que preenchiam os critérios de inclusão foram aplicados os seguintes instrumentos: Escala de Fagerström, BDI, BAI e WHOQOL-BREF.

### Análise dos dados

O banco de dados foi estruturado no Statistical Package for Social Sciences (SPSS versão 11.5). A análise exploratória dos dados constou de testes estatísticos descritivos e de frequências. Na análise inferencial, foram utilizados o Teste Qui-Quadrado, o coeficiente de correlação linear de Pearson, a análise de variância (ANOVA) e a análise de covariância (ANCOVA). Avaliou-se o tamanho do efeito para a comparação entre os escores de qualidade de vida entre os grupos. O nível de significância utilizado como parâmetro foi de 5%. Regressão linear, com o método *stepwise*, foi empregada para identificar os fatores preditores nos diversos domínios do WHOQOL-BREF.

### Aspectos éticos

Cada participante foi informado dos procedimentos desta pesquisa, bem como dos objetivos deste estudo. Os dados foram coletados após o termo de consentimento livre e esclarecido ter sido assinado, em duas vias, uma ficando com o sujeito. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da PUCRS.

## Resultados

Gravidade da dependência de tabaco e fatores associados

Quanto à gravidade da dependência de tabaco, os participantes distribuíram-se da seguinte forma: 139 (50,4%) eram dependentes leves, 93 (33,7%) eram moderados e 43 (15,6%) tinham um alto grau de dependência de tabaco. Não houve, de acordo com o Teste Qui-Quadrado, associação entre a gravidade da dependência de tabaco e classe socioeconômica ( $\chi^2 = 13,057$ ;  $p = 0,110$ ) e estado civil ( $\chi^2 = 11,158$ ;  $p = 0,084$ ). Verificou-se associação entre a gravidade da dependência de tabaco com escolaridade ( $\chi^2 = 22,67$ ;  $p = 0,012$ ), os dependentes mais graves tinham menor escolaridade, e gênero ( $\chi^2 = 6,648$ ;  $p = 0,036$ ), as mulheres apresentavam dependência mais leve de tabaco que os homens.

Segue, na tabela 1, a comparação de variáveis sociodemográficas referentes ao padrão de consumo de tabaco e sintomas de ansiedade e depressão de acordo com o grau de dependência do tabaco.

Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco

A média dos escores de cada domínio da qualidade de vida, avaliada por WHOQOL-BREF, bem como o tamanho de efeito, distribuídos nos diferentes graus de dependência de tabaco, está apresentada na tabela 2.

O tamanho do efeito variou de trivial a pequeno em todos os domínios quando foram comparados os tabagistas leves e moderados e moderados e graves. Entre os dependentes leves e os graves, o tamanho do efeito variou de pequeno a moderado.

Para uma análise confirmatória, com o objetivo de avaliar a correlação entre os domínios do WHOQOL-BREF e a gravidade da dependência de tabaco e o número de cigarros consumidos por dia, foi utilizado o coeficiente de correlação linear de Pearson, e os resultados demonstraram uma correlação negativa de baixa intensidade. A correlação entre o número de cigarros/dia e os domínios do WHOQOL-BREF foi negativa de baixa e muito baixa intensidade. Os dados estão apresentados na tabela 3.

**Tabela 1.** Comparação das médias pela ANOVA das variáveis sociodemográficas, padrão de consumo do tabaco, sintomas de ansiedade e depressão de acordo com o grau de dependência do tabaco

Variáveis	Leve	Moderado	Grave	F	P
Idade	35,46 (11,26)	39,04 (12,03)	40,12 (10,31)	4,140	0,02
Cigarros/dia	12,01 (6,04)	19,53 (8,26)	33,47 (12,69)	116,535	< 0,01
Idade de início do tabagismo	17,53 (4,59)	16,04 (3,45)	15,22 (3,45)	6,739	< 0,01
Tempo de tabagismo	17,83 (11,56)	23,0 (11,32)	25,17 (11,17)	9,146	< 0,01
Sintomas depressivos	9,17 (7,83)	11,83 (9,77)	17,52 (12,97)	12,488	< 0,01
Sintomas de ansiedade	9,70 (10,12)	14,08 (12,76)	16,98 (13,26)	7,774	< 0,01

Médias (SD).

**Tabela 2.** Comparação das médias dos escores dos domínios do WHOQOL-BREF e questões globais da qualidade de vida nos diferentes graus de dependência do tabaco

Domínio/Gravidade	Leve	Moderado	Alto	F	P	TEP*	TEP**	TEP***
Psicológico	66,72 (18,10)	63,17 (18,30)	54,16 (23,28)	7,157	0,01	0,195	0,451	0,646
Físico	72,17 (17,70)	67,52 (17,68)	58,30 (21,77)	9,511	< 0,01	0,263	0,484	0,741
Social	68,16 (20,71)	63,88 (21,53)	53,97 (22,58)	7,354	0,01	0,222	0,453	0,659
Ambiental	59,20 (15,65)	55,04 (15,74)	47,45 (14,43)	9,670	< 0,01	0,265	0,495	0,764
Global	63,93 (19,85)	59,27 (19,49)	55,52 (10,10)	3,538	0,03	0,239	0,191	0,247

TEP\*: Tamanho de efeito padronizado. Gravidade leve e moderada.

TEP\*\*: Tamanho de efeito padronizado. Dependência moderada e grave.

TEP\*\*\*: Tamanho de efeito padronizado. Dependência leve e grave.

De acordo com o Teste Tukey, verificou-se diferença para todos os domínios, entre os tabagistas leves e graves e entre os moderados e graves, não sendo constatada diferença entre leves e moderados.

**Tabela 3.** Correlação entre os domínios do WHOQOL-BREF e a gravidade da dependência de tabaco

Domínio	Fagerström		Cigarros/dia	
	r	P	r	P
Psicológico	-0,216	< 0,01	-0,173	< 0,01
Físico	-0,258	< 0,01	-0,224	< 0,01
Social	-0,219	< 0,01	-0,145	0,02
Ambiental	-0,268	< 0,01	-0,139	0,02
Global	-0,166	< 0,01	-0,209	< 0,01

#### Sintomas de ansiedade e depressão

Neste estudo foram verificadas, utilizando-se o coeficiente de correlação linear de Pearson, correlações significativas de baixa intensidade entre a gravidade da dependência de tabaco e a severidade dos sintomas de ansiedade ( $r = 0,235$ ;  $p < 0,01$ ) e de depressão ( $r = 0,265$ ;  $p < 0,01$ ).

#### Regressão linear

Realizou-se regressão linear múltipla, método *stepwise*, utilizando-se as variáveis gravidade da dependência, idade, idade de início do uso de tabaco, nível socioeconômico, sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, anos de estudo e tempo de uso de tabaco, sendo os dados apresentados na tabela 4.

#### Análise de covariância (ANCOVA)

Avaliou-se se os sintomas depressivos e de ansiedade estavam interferindo na associação entre a gravidade da dependência de nicotina e a qualidade de vida, por meio da análise de covariância (ANCOVA). Os resultados encontrados foram os que se seguem: para os domínios psicológico (sintomas de ansiedade  $F = 217,879$ ;  $p < 0,01$ ; depressivos  $F = 6,658$ ;  $p = 0,01$ ), físico (sintomas de ansiedade  $F = 16,982$ ;  $p < 0,01$ ; depressivos  $F = 111,273$ ;  $p < 0,01$ ), social (sintomas de ansiedade  $F = 0,020$ ;  $p = 0,886$ ; depressivos  $F = 78,471$ ;  $p < 0,01$ ) e ambiental (sintomas de ansiedade  $F = 8,309$ ;  $p < 0,01$ ; depressivos  $F = 30,172$ ;  $p < 0,01$ ).

#### Discussão

O tabagismo é um tema complexo diante do qual se torna necessário o estudo dos fatores que estão relacionados à sua gravidade.

A dependência de tabaco está associada a vários fatores, tais como escolaridade e nível socioeconômico (Breslau *et al.*, 2001; Patkar *et al.*, 2003). Neste estudo, constatou-se associação entre a gravidade da dependência de tabaco, a baixa escolaridade, idade, idade de início do tabagismo, número de cigarros consumidos em um dia, tempo de uso da substância e gênero, no entanto o mesmo não foi observado no que diz respeito à classe socioeconômica.

As comorbidades psiquiátricas são um fator a ser considerado na avaliação de tabagistas em razão de sua

**Tabela 4.** Variáveis preditoras dos domínios do WHOQOL-BREF e questões globais de qualidade de vida

Domínio	Variáveis	Coefficiente B	P	T	R <sup>2</sup>
Físico	Sintomas depressivos	-0,534	< 0,01	-9,914	0,585
	Sintomas de ansiedade	-0,264	< 0,01	-4,934	
	Gravidade da dependência	-0,093	0,03	-2,182	
Psicológico	Sintomas depressivos	-0,712	< 0,01	-14,610	0,660
	Sintomas de ansiedade	-0,141	< 0,01	-2,879	
	Idade de início do tabagismo	0,078	0,03	2,078	
Social	Sintomas depressivos	-0,595	< 0,01	-11,748	0,401
	Nível socioeconômico	0,104	0,04	2,061	
	Idade de início do tabagismo	0,097	0,05	1,970	
Ambiental	Sintomas depressivos	-0,390	< 0,01	-6,247	0,456
	Nível socioeconômico	0,303	< 0,01	6,261	
	Idade de início do tabagismo	0,137	< 0,01	2,883	
Global	Sintomas de ansiedade	-0,167	< 0,01	-2,687	0,425
	Sintomas depressivos	-0,641	< 0,01	-13,381	
	Idade de início do tabagismo	0,148	< 0,01	3,094	

alta prevalência (Breslau *et al.*, 2001; Grant *et al.*, 2004). Neste estudo foram avaliados os sintomas depressivos e de ansiedade que se encontram comumente associados ao tabagismo, conforme a literatura pesquisada (Patkar *et al.*, 2003), tendo sido constatado que os dependentes de tabaco mais graves desta amostra apresentavam mais sintomas de ansiedade e de depressão. A comorbidade psiquiátrica não foi controlada nos estudos que avaliam a qualidade de vida dos tabagistas, exceto no de Martinez *et al.* (2004), não sendo possível compararmos os achados deste estudo com os de outros autores.

Esta amostra apresentou uma associação inversa entre a gravidade da dependência de tabaco e todos os domínios da qualidade de vida avaliados pelo WHOQOL-BREF. Os domínios que apresentaram maior diferença em relação ao grau de dependência de tabaco foram o Físico e o Ambiental. Deve-se considerar que foram excluídos da amostra os sujeitos que referiam ter alguma patologia tabaco-relacionada ou problemas com outras substâncias psicoativas. Vários autores constataram menores escores nos componentes de outras escalas de avaliação da qualidade de vida, sendo a mais comumente utilizada a SF-36 (Mulder *et al.*, 2001; Olufade *et al.*, 1999; Wilson *et al.*, 1999).

Os tabagistas mais graves tinham mais prejuízo nos componentes Físico, Mental, Estado Geral de Saúde pelo SF-36 (Wilson *et al.*, 1999), enquanto neste estudo foi verificado prejuízo em todos os domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF. Não foram encontrados estudos utilizando o WHOQOL-BREF para fazer a avaliação da qualidade de vida de tabagistas, não sendo possível traçar um paralelo com os achados de outros autores.

De acordo com a regressão linear múltipla, observou-se que mesmo com uma pequena participação ( $\beta = -0,093$ ) a gravidade da dependência de tabaco era fator preditor do domínio Físico do WHOQOL-BREF, não servindo para explicar os modelos dos demais domínios. No entanto, a idade de início do uso do tabaco fez parte, também com baixos escores, do coeficiente  $\beta$  de todos os domínios, exceto o Físico, o que demonstra a importância dos aspectos relacionados ao tabagismo na configuração da qualidade de vida.

Deve-se destacar o papel dos sintomas depressivos e de ansiedade na dependência do tabaco como preditores da qualidade de vida (Berlim *et al.*, 2005; Lopes *et al.*, 2004). Na regressão linear múltipla, observa-se que os sintomas depressivos participaram dos modelos que explicam todos os domínios. A ANCOVA confirmou a interferência dos sintomas depressivos e de ansiedade na associação da qualidade de vida com a gravidade da dependência da nicotina. Os sintomas depressivos foram covariáveis em todos os domínios da qualidade de vida, o mesmo ocorrendo com os sintomas de ansiedade, exceto no domínio Social. Os menores escores na qualidade de vida dos tabagistas devem ser avaliados criteriosamente, não sendo possível atribuir esse prejuízo exclusivamente à gravidade da dependência. No que

diz respeito à depressão e à qualidade de vida, alguns autores, inclusive, situam ambos constructos mais como pertencentes a um *continuum* do que como fenômenos independentes (De Leval, 1999). Aigner *et al.* (2005) sugerem que o WHOQOL-BREF seja utilizada, exclusivamente, com algum instrumento que avalie sintomas depressivos para checar a “contaminação” da qualidade de vida mensurada pelos sintomas depressivos.

O comprometimento na qualidade de vida dos tabagistas foi comprovado em várias pesquisas (Mulder *et al.*, 2001; Schimtz *et al.*, 2003; Wilson *et al.*, 1999), no entanto algumas questões são importantes de ser discutidas. A qualidade de vida dos dependentes mais graves de tabaco estaria prejudicada por essa dependência propriamente dita ou pelos sintomas de ansiedade e depressão que são mais marcados neste grupo? Independentemente da resposta a esta questão, fica evidente o quanto é imprescindível avaliar e tratar as comorbidades dos dependentes de tabaco quando se pretende delinear estratégias terapêuticas para essa clientela.

## Conclusão

A qualidade de vida é uma área importante a ser estudada e a constatação de sua associação com a gravidade do tabagismo pode ser um caminho para sensibilizar os dependentes dessa substância a interromperem esse consumo.

Os tabagistas graves neste estudo apresentam maior prejuízo na qualidade de vida em todos os domínios, se comparados como os leves e moderados, porém os primeiros também apresentam mais sintomas de ansiedade e depressão, o que interferiu nos resultados, não permitindo estabelecer uma associação direta entre a qualidade de vida e a gravidade da dependência de nicotina.

Sugerem-se novas pesquisas que utilizem um instrumento para rastrear as comorbidades clínicas e psiquiátricas, para que essas variáveis possam ser mais bem controladas.

## Referências

- Aigner, M.; Förster-Streffleur, S.; Prause, W.; Freidl, M.; Weiss, M.; Bach M. What does the WHOQOL-BREF measure? *Soc Psychiatry Epidemiol* 2005 Dec:1-6.
- Bellido-Casado, J.; Martín-Escudero, J.; Dueñas-Laita, A.; Mena-Martín, F.J.; 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* 15:511-517, 2004.
- Berlim, M.; Pavanello, D.P.; Caldieraro, M.A.K.; Fleck, M.P.A. Reliability and validity of the WHOQOL-BREF in a sample of brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Re* 14:561-5634, 2005.
- Breslau, N.; Hiripi, E.; Kessler, R. Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. *Arch Gen Psychiatry* 58:810-816, 2001.
- Breslau, N.; Novak, S.; Kessler, R. Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry* 55(1):69-76, 2004 Jan.
- Carmo, J.T.; 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* 59(1/2):73-80, 2002.

- Castro, M.G.T. Qualidade de vida e tabagismo [dissertação]. PUCRS, Porto Alegre, 2006.
- Cunha, J.A. Manual da versão em português das Escalas Beck. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2001.
- De Leval, N. Quality of life and depression: symmetric concepts. *Qual Life Res* 8:283-291, 1999.
- Fagerström, K.O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 3(3-4): 235-241, 1978.
- Fleck, M.P.A.; Louzada, S.X.M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L.; Pinzon, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF. *Rev Saúde Pública* 34(2):178-183, 2000 Apr.
- Garces, Y.I.; Yang, P.; Parkinson, J.; Zhao, X.; Wampfler, J.A.; Ebbert, J.O.; Sloan, J.A. The relationship between cigarette smoking and quality of life after lung cancer diagnosis. *Chest* 126:1733-1741, 2004.
- Grant, B.; Hasin, D.; Chou, P.; Stinson, F.; Dawson, D. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 61(11):1107-1115, 2004 Nov.
- Lima, A.F.B.S. Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool. [dissertação]. UFRGS, Porto Alegre, 2002.
- Lopes, F.L.; Nascimento, I.; Zin, W.A.; Valença, A.M.; Mezzasalma, M.A.; Figueira, I.; Martinez, J.A.B.; Motas, G.A.; Vianna, E.S.; Oliveira, J.T. Impaired quality of life of healthy young smokers. *Chest* 125(2):425-428, 2004 Feb.
- Martinez, J.A.B.; Motas, G.A.; Vianna, E.S.; Oliveira, J.T. Impaired quality of life of healthy young smokers. *Chest* 125(2):425-428, 2004 Feb.
- Mitra, M.; Chung, M.; Wilber, N.; Walker, D. Smoking status and quality of life. A longitudinal study among adults with disabilities. *Am J Prev Med* 27(3):258-260, 2004.
- 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. [Periódico online]. 2005 Dec [capturado 2005 Dec 13]; 3:1 [1 tela] Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/3/1/1> <<http://www.hqlo.com/content/3/1/1>>.
- 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* 33: 653-660, 2001.
- Nardi, A.E. Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. *Braz J Med Biol Res* 35(8) 961-67, 2002 August.
- Olufade, A.; Shaw, J.W.; Foster, S.; Leischow, S.; Hays, R. Coons, S.J. Development of the Smoking Cessation Quality of Life Questionnaire. *Clin Ther* 21(12):2113-2130, 1999.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.
- Organização Mundial da Saúde. Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento, 2003 [capturado 2004 Jun 26]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo\\_saude.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo_saude.pdf).
- Patkar, A.; Vergare, M.; Batra, V.; Weinstein, S.; Leone, F. Tobacco smoking: Current concepts in etiology and treatment. *Psychiatry* 66(3):183-199, 2003.
- Rondina, R.C.; Gorayeb, R.; Botelho, C. Relationship between smoking behavior and psychiatric disorders. *Rev Psiquiatr Clin* 30(6):221-28, 2003.
- Schmitz, N.; Kruse, J.; Kugler, J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 1670-1676, 2003.
- The WHOQOL Group: The Development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley, J., Kuyken, W. (eds.). Quality of Life Assessment: international perspectives. Springer-Verlag, Berlin, pp. 41-57, 1994.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 46(12):1569-1585, 1998.
- Tillmann, M.; Silcock, J. A comparison of smokers' and ex-smokers' health-related quality of life. *J Public Health Med* 19(3):268-73, 1997 Sep.
- US Department of Health and Human Services: Health consequences of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Washington: Government Printing Office, pp. 121-258, 1994.
- 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* 29,139-144, 1999.
- Woolf, S.H.; Rothemich, S.F.; Johnson R.E.; Marsland, D.W. Is cigarette smoking associated with impaired physical and mental functional status? An office-based survey of primary care patients. *Am J Prev Med* 17(2):134-137, 1999 Aug.