

Qualidade de Vida em Tabagistas que Buscaram Auxílio para Deixar de Fumar por meio de Aconselhamento Telefônico

Quality of Life of Smokers Seeking Help to Quit Through Telephone Counseling

Calidad de Vida en los Fumadores que Buscan Ayuda para Dejar de Fumar a través de Asesoramiento Telefónico

Taís de Campos Moreira¹, Luciana Rizzeri Figueiró², Maristela Ferigolo³, Simone Fernandes⁴, Melaine Czerminski Larré⁵,
Helena Maria Tannhauser Barros⁶

Resumo

Introdução: Diversos fatores podem interferir na qualidade de vida, entre eles os problemas advindos do uso de substâncias, como o tabaco, que por consequência afetam a satisfação com a vida. Os efeitos do tabagismo, que interferem na qualidade de vida, servem para alertar o tabagista, bem como motivá-lo a parar e manter a abstinência.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida por meio do WHOQOL-Bref em tabagistas que procuraram um serviço de teleatendimento para informações e orientações sobre drogas. **Método:** Estudo transversal com usuários de tabaco e outras substâncias psicoativas que ligaram para o VIVAVOZ no período de novembro/2009 a dezembro/2010. Foram coletadas características socioeconômicas, dados de consumo do tabaco (quantidade, frequência, diagnóstico e intensidade de dependência) além da aplicação do questionário WHOQOL-Bref. **Resultados:** 105 fumantes foram incluídos no estudo. Os domínios psicológicos e de relações sociais do WHOQOL-Bref em tabagistas apresentaram valores estatisticamente menores em relação à população de referência ($p=0,023$ e $p=0,001$, respectivamente). Observou-se que dependentes de tabaco apresentavam escores inferiores a não dependentes em todos os domínios do WHOQOL-Bref, embora não tenham diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Todos os domínios se correlacionaram positiva e significativamente com o domínio global, mas não com a intensidade de dependência.

Conclusão: Tabagistas apresentam índices inferiores de qualidade de vida, quando comparados a indivíduos não fumantes, o que estaria diretamente relacionado à insatisfação com vários domínios da vida incluindo felicidade e bem-estar.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Tabaco; Tabagismo; Telemedicina

¹ Fonoaudióloga. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Departamento de Farmacologia. Serviço Nacional de Orientação e Informação sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas – VIVAVOZ, UFCSPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mails:* taiscmoreira@hotmail.com, tais.moreira@bol.com.br.

² Biomédica. Mestre em Ciências da Saúde pela UFCSPA. Departamento de Farmacologia. VIVAVOZ, UFCSPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* lucianarizzieri@yahoo.com.br.

³ Farmacêutica. Doutora em Ciências Médicas. Departamento de Farmacologia. Coordenadora do VIVAVOZ, UFCSPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* mari@ufcspa.edu.br.

⁴ Psicóloga. Doutoranda em Ciências da Saúde pela UFCSPA. Departamento de Farmacologia. VIVAVOZ, UFCSPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* simone_psicol@yahoo.com.br.

⁵ Graduanda em Fonoaudiologia pela UFCSPA. Departamento de Farmacologia. VIVAVOZ, UFCSPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* melaine_cl@hotmail.com.

⁶ Doutora em Neuropsicofarmacologia. Professora titular da disciplina de Farmacologia da UFCSPA. Departamento de Farmacologia. Coordenadora do VIVAVOZ, UFCSPA. Porto Alegre (RS), Brasil. *E-mail:* helenbar@ufcspa.edu.br.

Endereço para correspondência: Taís de Campos Moreira. Rua Sarmento Leite, 245 - 3º andar. Farmacologia - Sala 316. Porto Alegre (RS), Brasil. CEP: 90050-170.

INTRODUÇÃO

Um dos conceitos de qualidade de vida é valorizar parâmetros mais amplos do que apenas o controle de sintomas físicos ou psicológicos, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida¹. Qualidade de vida está relacionada a um dos anseios básicos do ser humano, que é o de viver bem e sentir-se bem. Diversos fatores podem interferir nessa qualidade, entre eles os problemas advindos do uso de substâncias, como o tabaco, que por consequência afetam a satisfação com a vida².

O número de indivíduos que utilizam substâncias psicoativas é crescente; em nosso país existem atualmente 10,1% de dependentes de tabaco³. Nesse sentido há uma nova possibilidade de investigação focando na influência sobre a qualidade de vida ocasionada pelo efeito do uso das drogas. Entre as substâncias, a dependência do tabaco associa-se a uma maior predisposição para doenças e incapacidades, resultando em piora da saúde e da qualidade de vida da população em geral⁴. 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),⁵ a maior causa de morte evitável e de maior crescimento no mundo. Cerca de 90% dos casos de câncer de pulmão no mundo são atribuíveis ao tabagismo, sendo essa associação bem estabelecida; e destacam-se ainda os cânceres de laringe e esôfago⁴.

Nos últimos anos, tem sido observado um aumento nas 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 tabagistas⁶⁻⁷. No que diz respeito à cessação do fumo, vários estudos verificaram sua associação à melhora da qualidade de vida⁶⁻⁷, sendo esse resultado possível de ser utilizado como uma forma de motivar os tabagistas para a abstinência⁷.

A qualidade de vida tem sido cada vez mais entendida como pré-requisito para a saúde global dos indivíduos, incluindo satisfação, felicidade e bem-estar, assim todas as variáveis que interferem neste aspecto são importantes para os profissionais da saúde, uma vez que interferem no tratamento de qualquer patologia, inclusive a dependência de nicotina. Os efeitos do tabagismo que interferem na qualidade de vida e a possibilidade desses efeitos para alertar o usuário a mais prejuízos do uso, bem como motivá-lo a cessar o consumo e manter-se abstinente, justificam o interesse pelo tema. Com isso, o objetivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida por meio do *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-Bref) em tabagistas que procuraram um serviço de teleatendimento para informações e orientações sobre drogas, o VIVAVOZ.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal com usuários de tabaco e outras substâncias psicoativas. A coleta de dados ocorreu no período de novembro/2009 a dezembro/2010 por meio de ligações telefônicas reativas ao *call center* do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre o Uso Indevido de Drogas VIVAVOZ⁸⁻¹⁰. Este teleatendimento oferece aconselhamento telefônico gratuito, anônimo e aberto à população brasileira em geral. Presta orientações e informações sobre as características das drogas psicoativas, sua ação no organismo e também sobre prevenção ao uso indevido⁹. Foram coletadas características socioeconômicas, dados de consumo das substâncias (quantidade, período, dependência e frequência) além da aplicação do questionário WHOQOL-Bref¹¹. O WHOQOL-Bref, versão abreviada, é validado em português¹² e bem utilizado em estudos realizados na população brasileira¹³. O questionário consta de 26 itens distribuídos em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) no qual as respostas são registradas com escalas individualizadas de cinco pontos cada uma¹¹. O Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina (TFDN) foi aplicado para avaliar a intensidade da dependência. O instrumento é constituído de seis questões referentes ao tabagismo, possibilitando a classificação da dependência desde muito leve a muito elevada¹⁴. O escore total é calculado pela soma obtida em cada questão, oscilando entre 0 e 10 pontos; quanto maior a pontuação, maior é a intensidade da dependência.

O atendimento telefônico e a aplicação dos questionários foram realizados por acadêmicos em formação de nível superior nas áreas da saúde e educação, previamente selecionados e capacitados conforme modelo interdisciplinar *Medical Education for the Prevention and Treatment of Alcohol Use Disorders*^{8,10}. Para a aplicação do questionário WHOQOL-Bref¹¹, realizaram-se: treinamento teórico-prático com aula expositiva (8h) e aplicação do questionário em duplas. Posteriormente os resultados foram avaliados e discutidos. Após esse processo, os acadêmicos foram avaliados sistematicamente e supervisionados durante todo o tempo de atendimento no *call center*⁹.

Foram incluídos na amostra todos os indivíduos brasileiros usuários de tabaco com idade entre 18 e 60 anos que ligaram para o Serviço VIVAVOZ no período da coleta e que aceitaram participar do estudo, após o consentimento informado. Ficaram excluídos os indivíduos que demonstraram incapacidade para responder adequadamente ao protocolo de atendimento e ao WHOQOL-Bref ou que estivessem sob efeito de drogas. Além disso, foram excluídos os protocolos incompletos.

As entrevistas foram realizadas pela linha telefônica, seguindo roteiro informatizado dos protocolos referentes: 1. Dados socioeconômicos; 2. Quantidade da substância consumida em média por dia e Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref). O atendimento às ligações foi seguido de forma padrão a todos os usuários. Para garantir os aspectos éticos, foi aplicado verbalmente um termo de consentimento a todos participantes, autorizando a utilização dos dados. O anonimato de quem usou o serviço telefônico foi garantido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) (09/532).

ANÁLISE DOS DADOS

Um total de 105 indivíduos foi incluído no estudo. Inicialmente, análises descritivas univariadas das características socioeconômicas foram executadas, nas quais variáveis qualitativas foram apresentadas por frequência e percentual, e variáveis quantitativas por média e desvio-padrão. Para os cálculos do questionário WHOQOL-Bref foram utilizadas as referências da OMS¹⁵.

Questionamentos específicos do consumo das substâncias, como tempo de uso e quantidade usada, foram realizados inicialmente. Na sequência, critérios para diagnóstico de dependência foram avaliados. Conforme o *National Household Survey on Drug Abuse* (HSDA), um usuário é considerado dependente quando preencher pelo menos dois dos seguintes critérios num período de 12 meses: a) gastou grande parte do tempo para conseguir drogas, usá-las ou para se recobrar dos seus efeitos; b) usou em quantidades ou em frequências maiores do que pretendia; c) tolerância (necessidade de usar mais quantidades da droga para produzir os mesmos efeitos); d) esteve em situações de riscos físicos sob efeito ou logo após o efeito de drogas (por exemplo: dirigir, usar máquinas etc); e) teve problemas pessoais por causa das drogas (tais como: com familiares, no trabalho, com a polícia, emocionais ou psicológicos); f) manifestou desejo de diminuir ou de parar o uso de determinada droga. Utilizou-se como ponto de corte para dependência duas respostas positivas ou mais¹⁶.

Para analisar os escores do WHOQOL-Bref entre os tabagistas, foi realizado o teste *t* para uma amostra comparando os escores dos tabagistas com os escores de uma amostra de não usuários de tabaco ou outras drogas que ligaram para o serviço. Análises bivariadas foram executadas pelo teste *t* de *Student*. Correlação entre os domínios da escala e entre os domínios e dependência de nicotina foi realizada por meio da correlação de Pearson. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos e as análises foram realizadas no *Statistical Package for the Social Sciences program* (SPSS) (versão 18.0).

RESULTADOS

No período determinado, 105 fumantes que ligaram para o VIVAVOZ e responderam ao WHOQOL-Bref foram incluídos na amostra. Destes, a maioria fumava todos os dias (87,1%), há mais de cinco anos (85,9%) e mais de 20 cigarros por dia. Além disso, 55,2% dos fumantes apresentavam moderada, alta ou muito alta intensidade de dependência de nicotina. As características sociodemográficas e de consumo de outras substâncias dos usuários de tabaco estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Características da amostra de tabagistas (n=105)

Características	Frequência n (%)
Sexo (n=105)	
Feminino	28 (26,7%)
Masculino	77 (73,3%)
Estado Civil (n= 103)	
Casado	38 (36,9%)
Separado	12 (11,7%)
Solteiro	53 (51,5%)
Renda Familiar (n= 97)	
1 a 5 salários mínimos	66 (67,3%)
5 a 10 salários mínimos	23 (23,5%)
Mais de 10 salários mínimos	8 (8,2%)
Profissão (n=102)	
Aposentado	1 (1%)
Autônomo	12 (11,8%)
Desempregado	13 (12,7%)
Do lar	6 (5,9%)
Estudante	4 (3,9%)
Profissional de outra área	66 (64,7%)
Escolaridade (n= 98)	
Ensino técnico	3 (3,1%)
Ensino fundamental incompleto	27 (27,6%)
Ensino fundamental completo	17 (17,3%)
Ensino médio incompleto	13 (13,3%)
Ensino médio completo	29 (29,6%)
Superior incompleto	9 (9,2%)
Idade (anos) (n=105)	30,6 ± 8,3
Álcool (n=103)	62 (60,2)
Maconha (n=104)	21 (20,2)
Cocaína (n=104)	65 (62,5)

Os dados foram apresentados em n (percentual) e a variável idade por média ± desvio-padrão

Quanto aos escores dos domínios do WHOQOL-Bref, observou-se que dependentes de tabaco apresentavam escores inferiores a não dependentes, embora não tenham diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Figura 1). Do mesmo modo, não foram observadas correlações significativas entre o escore global e os escores dos domínios do WHOQOL-Bref com o escore do TFDN ($p > 0,2$ para todas as correlações). Entre os que apresentavam baixa intensidade de dependência, o escore do domínio ambiente foi maior em homens do que em mulheres ($13,0 \pm 2,4$ e $10,6 \pm 3,1$ respectivamente; $p = 0,02$).

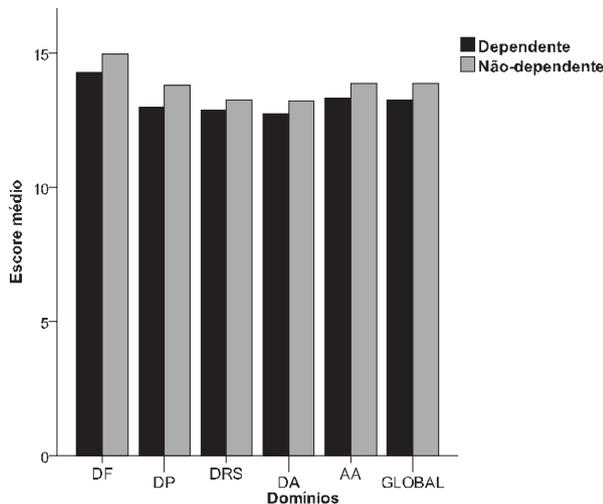


Figura 1. Escore médio global e dos domínios do WHOQOL-Bref entre tabagistas dependentes e não dependentes
DF: Domínio Físico; DP: Domínio Psicológico; DRS: Domínio Relações Sociais; DA: Domínio Ambiente; AA: Autoavaliação da Qualidade de Vida

Na Tabela 2, estão descritos os resultados dos escores dos domínios do WHOQOL-Bref da amostra estudada, comparado à média da população de não fumantes do serviço. Os domínios psicológicos e de relações sociais apresentaram valores estatisticamente menores em relação à população de referência ($p < 0,05$).

Foi realizada correlação de Pearson dos domínios entre si (físico, psicológico, social e ambiental) e entre o domínio global da qualidade de vida. Todos os domínios se correlacionaram positiva e significativamente com o domínio global ($p < 0,001$ para todos), apresentando correlações de forte magnitude (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Tabagistas apresentaram escores inferiores em todos os domínios e no escore global do questionário WHOQOL-Bref em comparação com a amostra controle de não usuários de tabaco e outras drogas, embora diferenças estatísticas tenham ocorrido somente para dois domínios: psicológico e relações sociais. Os tabagistas apresentaram escores menores nesses domínios refletindo em baixa qualidade de vida nesses aspectos. Castro *et al.*⁴ afirmam, em seu estudo, que os fumantes têm uma qualidade de vida inferior e apresentam incapacidades mais frequentemente do que os nunca fumantes. Da mesma forma, os dependentes de nicotina apresentam índice menor de qualidade de vida e maior incidência de incapacidades do que indivíduos sem dependência⁴.

Não há pontos de corte que permitam a classificação entre qualidade de vida ruim ou boa¹⁷, sendo assim é necessário realizar a comparação dos escores entre duas

Tabela 2. Média dos escores dos domínios do WHOQOL-Bref

Domínios	Escore - tabagistas (média ± dp)	Escore - amostra controle	Significância#
Físico	13,3 ± 3,0	14,2	0,508
Psicológico*	13,0 ± 3,2	13,7	0,023
Relações sociais**	12,9 ± 4,0	14,2	0,001
Ambiente	12,8 ± 2,7	12,9	0,164
Autoavaliação	13,3 ± 3,8	13,8	0,198
Global	13,3 ± 2,5	13,5	0,433

Teste *t* de uma amostra

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

Tabela 3. Correlação entre os domínios e o domínio global do WHOQOL-Bref dos tabagistas ($n = 105$)

Domínios	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiental	Autoavaliação	
Escore Global	r	0,820	0,880	0,721	0,821	0,661
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

populações. Não foi possível confirmar que fumantes apresentam qualidade de vida inferior, porém os fumantes apresentam médias piores nos escores dos domínios psicológicos e relações sociais. Como algumas desordens psiquiátricas, como ansiedade e depressão, são mais prevalentes em fumantes, estas poderiam resultar em pior qualidade de vida no aspecto psicológico. A nicotina age em circuitos neuronais associados à modulação do humor, assim o fumante aprende que fumar significa uma estratégia rápida e viável para lidar e controlar seus sentimentos depressivos e ansiosos¹⁸.

Em geral, os tabagistas, especialmente os dependentes de nicotina, apresentam maior incidência de incapacidades¹⁹, o que os faz recorrer ao cigarro para aliviar sentimentos desagradáveis⁴ em detrimento às relações sociais ou a outras áreas importantes da atividade do indivíduo. O próprio diagnóstico de dependência inclui a ideia de abandono progressivo de atividades prazerosas em favor do uso da substância psicoativa, no caso o tabaco. Isso pode implicar afastamento e isolamento de familiares e amigos. Além disso, o cerco ao fumo, em que mais lugares ganham a características de não próprios para fumantes, restringe a convivência dos fumantes⁴.

Igualmente ao estudo de Pereira *et al.*¹⁷, há associação entre os domínios avaliados pela escala e o escore global de qualidade de vida, demonstrando que alterações em um ou mais domínios podem implicar alterações na qualidade de vida global. A diferença entre o presente estudo e o de Pereira¹⁷ é de que existe uma forte associação, então é possível acreditar que a contribuição dos quatro domínios juntos para mensurar a qualidade de vida seja maior do que a contribuição de 36% encontrada pelo autor.

O tratamento do tabagismo geralmente é iniciado por fumantes pesados, ou seja, mais dependentes e que fumam por um período de tempo mais longo²⁰⁻²¹, por isso já podem apresentar algum problema de saúde relacionado ao tabagismo que sabidamente interfere na qualidade de vida. O estudo corrobora as informações quanto às características de fumantes que procuram tratamento e o fato de não haver diferença quanto à qualidade de vida que pode ser por carência de questões que sejam mais específicas aos problemas enfrentados pelos tabagistas. Além disso, os tabagistas podem relutar em reconhecer algum problema de saúde antes que tenha alcançado um grau de severidade mais elevado.

As limitações do estudo estão principalmente relacionadas à associação do consumo de tabaco com outras drogas, o que pode interferir no aumento da ansiedade e depressão, bem como em outros problemas de saúde relacionados que prejudicam ainda mais a qualidade de vida. Os itens de ansiedade e depressão não foram avaliados nessa amostra e não foi possível verificar se os problemas estavam relacionados exclusivamente ao uso do tabaco ou às outras substâncias consumidas.

Ademais, o número de indivíduos que foram incluídos no estudo poderia ter sido maior, a fim de dar maior significância aos resultados, assim como incluir na amostra indivíduos que consumissem apenas tabaco.

Outra limitação refere-se ao fato de o contato telefônico não permitir a confirmação biológica do consumo de drogas, bem como ser um autorrelato do cliente.

CONCLUSÃO

Tabagistas apresentam índices inferiores de qualidade de vida quando comparados a indivíduos não fumantes o que estaria diretamente relacionado à insatisfação com vários domínios da vida, incluindo felicidade e bem-estar. A medida da qualidade de vida é um meio importante para mensurar resultados terapêuticos principalmente em usuários de substâncias psicoativas, em que muitas variáveis interferem no tratamento, tais como: gravidade da dependência, presença de sintomas psiquiátricos e situações social, familiar, física e psicológica.

A qualidade de vida do tabagista, principalmente no domínio psicológico, pode ser prejudicada com a ocorrência de tumores, pois é bastante provável que se desenvolvam estados depressivos e de ansiedade relacionados à realidade de viver com câncer. A partir daí, seria interessante relacionar, em estudos posteriores, a existência de transtornos de humor (como ansiedade e depressão) que podem piorar a qualidade de vida do tabagista.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de pesquisa em nível de Doutorado – T.C.M.; ao CNPq pela bolsa de produtividade IC - H.M.T.B.; a colaboração da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); e aos consultores do VIVAVOZ.

CONTRIBUIÇÕES

Taís de Campos Moreira e Luciana Rizzeri Figueiró contribuíram na concepção e planejamento do estudo, na obtenção, análise e interpretação dos dados, bem como na redação, revisão crítica e aprovação final da versão; Maristela Ferigolo, Simone Fernandes e Helena M. T. Barros contribuíram na análise e interpretação dos dados, bem como na redação, revisão crítica e aprovação final da versão; Melaine Czerminski Larré contribuiu na concepção e planejamento do estudo, na obtenção, organização dos dados e aprovação final da versão.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich M, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21:19-28. doi: 10.1590/S1516-44461999000100006.
2. Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, Oeltmann JE, Drane JW. Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *J Adolesc Health.* 2001; 29:279-88. doi:10.1016/S1054-139X(01)00269-5.
3. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007. 472 p.
4. Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOB. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. *J bras pneumol.* 2010;36:67-74. doi:10.1590/S1806-37132010000100012.
5. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2008 [cited 2011 Jan 25]. 329 p. Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower>
6. 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.* 2004;27:258-60. doi:10.1016/S0749-3797(04)00125-4.
7. Castro MG, Oliveira MS, Moraes JFD, Miguel AC, Araújo RB. Quality of life and severity of tobacco dependence. *Rev psiquiatr clín.* 2007;34:61-7. doi: 10.1590/S0101-60832007000200001.
8. Barros HMT, Santos V, Mazoni C, Dantas DCM, Ferigolo M. Neuroscience education for health professional undergraduates in a call-center for drug abuse prevention. *Drug Alcohol Depend.* 2008; 98:270-4. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.07.002.
9. Souza MF, Kohlrausch ER, Mazoni CG, Moreira TC, Fernandes S, Dantas DCM, et al. Perfil dos usuários do serviço de teleatendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul.* 2008;30:182-91. doi:10.1590/S0101-81082008000400007.
10. Fernandes S, Ferigolo M, Benchaya MC, Moreira TC, Pierozan PS, Mazoni CG, et al. Brief motivational intervention and telemedicine: a new perspective of treatment to marijuana users. *Addict Behav.* 2010;35:750-5. doi:10.1016/j.addbeh.2010.03.001.
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Públ.* 2000;34:178-83. doi:10.1590/S0034-89102000000200012.
12. Berlim MT, Pavanello DP, Calderaro MA, Fleck MP. Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Res.* 2005;14:561-4. doi:10.1007/S11136-011-9865-Z.
13. Rocha NS, Fleck MP. Validity of the Brazilian version of WHOQOL-BREF in depressed patients using Rasch modeling. *Rev Saúde Públ.* 2009;43:147-53. doi: 10.1590/S0034-89102009000100019.
14. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict.* 1991;86:1119-27. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x.
15. Organização Mundial da Saúde. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998 [Internet]. [citado 2011 jun 24]. Disponível em: <http://www.ufgrs.br/psiq/whoqol86.html>.
16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National Household Survey on Drug Abuse. Office of Applied Studies: 1998. New York: U.S. Department of Health and Human Services 1999.
17. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul.* 2006;28:27-38. doi: 10.1590/S0101-81082006000100005.
18. McClave AK, Dube SR, Strine TW, Kroenke K, Caraballo RS, Mokdad AH. Associations between smoking cessation and anxiety and depression among U.S. adults. *Addict Behav.* 2009;34:491-7. doi:10.1016/j.addbeh.2009.01.005.
19. 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. doi:10.1176/appi.ajp.160.9.1670.
20. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update [Internet]. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008 [cited 2011 Jun 24]. Available from: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf
21. Shiffman S, Brockwell SE, Pillitteri JL, Giltchell JG. Individual differences in adoption of treatment for smoking cessation: demographic and smoking history characteristics. *Drug Alcohol Depend.* 2008;93:121-31. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.09.005.

Abstract

Introduction: Several factors may interfere with quality of life, including problems related to the use of substances such as tobacco, which consequently affect life satisfaction. The effects of smoking that affect the quality of life serve to alert smoker and also to motivate the person to quit and maintain abstinence. **Objective:** To evaluate the quality of life of smokers who sought telephone service for information and advice about drugs by applying WHOQOL-Bref. **Method:** Cross sectional study with users of tobacco and other psychoactive substances who called to a toll-free phone number between November/2009 and December/2010. Smokers answered a questionnaire covering data on social and economic features, tobacco consumption (quantity, frequency, diagnosis and severity of dependence) and the WHOQOL-Bref was also applied. **Results:** 105 smokers were included in the study. The social and psychological domains of WHOQOL-Bref in smokers showed statistically lower values as to the reference population ($p=0.023$ and $p=0.001$, respectively). It was observed that tobacco users had lower scores than non-dependents in all WHOQOL-Bref domains, although there were no statistically significant differences between groups. All domains correlated positively and significantly with global domain, but not with the intensity of nicotine dependence. **Conclusion:** Smokers have lower levels of quality of life when compared to nonsmokers, which could be directly related to dissatisfaction with various aspects of life including happiness and well-being.

Key words: Quality of Life; Tobacco; Smoking; Telemedicine

Resumen

Introducción: Varios factores pueden interferir con la calidad de vida, incluidos los problemas derivados de la utilización de sustancias como el tabaco, que por lo tanto afectan la satisfacción de la vida. Los efectos del tabaquismo que afectan a la calidad de vida sirven para alertar a los fumadores, así como motivar a dejar de fumar y mantener la abstinencia. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida por medio del WHOQOL-Bref en los fumadores que buscaban un servicio telefónico de información y asesoramiento acerca de las drogas. **Método:** Estudio transversal con los usuarios de tabaco y otras sustancias psicoactivas que llamaron a “VIVAVOZ” entre Noviembre/2009 – Diciembre/2010. Se recogieron datos socioeconómicos, el consumo de tabaco (cantidad, frecuencia, el diagnóstico y severidad de la dependencia), además de la aplicación del cuestionario WHOQOL-Bref. **Resultados:** Se incluyeron 105 fumadores en el estudio. Las áreas del WHOQOL-Bref sociales y psicológicas en los fumadores presentaron valores estadísticamente más bajos para la población de referencia ($p=0,023$ y $p=0,001$, respectivamente). Se observó que los consumidores dependientes de tabaco tenían puntuaciones más bajas que los no dependientes en todas las áreas del WHOQOL-Bref, aunque no hayan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Todos los dominios se correlacionaron positivamente y significativamente con el dominio global, pero no con la intensidad de la dependencia. **Conclusión:** Los fumadores tienen niveles más bajos de calidad de vida en comparación con los no fumadores, lo que puede estar directamente relacionado con la insatisfacción con los diversos aspectos de la vida, incluyendo la felicidad y el bienestar.

Palabras clave: Calidad de Vida; Tabaco; Tabaquismo; Telemedicina