



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**“EU QUERIA, MAS NÃO CONSEGUIA...”:
ASPECTOS RELACIONADOS À MUDANÇA DO COMPORTAMENTO DE
FUMAR EM PARTICIPANTES DE GRUPOS DE TABAGISMO**

Dissertação de Mestrado

Karla Cristina Martins

Brasília

2009



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**“EU QUERIA, MAS NÃO CONSEGUIA...”:
ASPECTOS RELACIONADOS À MUDANÇA DO COMPORTAMENTO DE
FUMAR EM PARTICIPANTES DE GRUPOS DE TABAGISMO**

Karla Cristina Martins

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde, linha de pesquisa Processo Saúde-Doença.

Orientadora: Prof(a). Dra. Eliane Maria Fleury Seidl

Brasília, abril de 2009

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

Prof(a). Dr(a). ELIANE MARIA FLEURY SEIDL - Presidente
Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília

Prof(a). Dr(a). MARIA CRISTINA DE OLIVEIRA SANTOS MIYAZAKI - Membro
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Prof. Dr. CARLOS ALBERTO DE ASSIS VIEGAS - Membro
Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília

Prof(a). Dr(a). ELIZABETH QUEIROZ - Suplente
Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília

Brasília, abril de 2009

“Nesta vida, não podemos realizar grandes coisas. Podemos apenas fazer pequenas coisas com um grande amor.”

Madre Tereza de Calcutá

Trabalho dedicado a dois grandes amores da minha vida: meu esposo, Luís Henrique e meu irmão, Júnior, pela fé, humor e coragem com que vêm enfrentando as circunstâncias relacionadas aos seus respectivos processos de saúde. Vivenciar com vocês, de tão perto, essas experiências, concomitantemente ao estudo e pesquisa em saúde, foi fundamental para que, além de conhecimento e produção de conhecimento, eu aprimorasse meu profundo respeito e empatia pelas pessoas ao buscarem saúde e superarem processos patológicos. Ainda mais: fortaleceu em mim a convicção da importância de todo empenho científico e profissional que contribua para minimizar o sofrimento humano. Luís e Júnior, obrigada pelo exemplo e por se cuidarem.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer a ventura e a beleza do compartilhar...

À orientadora deste trabalho, Professora Eliane, pelo suporte seguro e sereno, equilibrando de maneira sábia estes dois elementos. Obrigada pela confiança em mim depositada, pelos conhecimentos e pela parceria tão salutar.

À Gerência de Prevenção da Coordenadoria de Câncer da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Dr. Celso e toda equipe, por acolher nossa proposta de estudo. Especialmente, às equipes dos Ambulatórios de Tabagismo do Hospital Regional da Asa Norte, Centro de Saúde de Brasília Nº 08, Hospital Regional do Guará e Policlínica de Taguatinga que abriram as portas de suas unidades, expuseram seu trabalho e foram tão solícitas na parceria que propiciou a realização desta pesquisa. Meu reconhecimento pela competência e convicção com que tratam, da gerência à assistência, as questões associadas ao uso do tabaco em sua dimensão pública, com o zelo pela dimensão pessoal e subjetiva.

Às sessenta e cinco pessoas que aceitaram nosso convite para participarem da pesquisa, dedicaram seu tempo comparecendo à sua unidade de referência e confiaram a nós suas histórias, angústias e conquistas no enfrentamento do tabagismo.

À Professora Margareth Oliveira, da PUCRS, que tem pesquisado e orientado trabalhos sobre a padronização brasileira da URICA (*University Rhode Island Change Assessment*) para os comportamentos adictivos, pelo envio da URICA-24 para Tabaco.

Às queridas Laura e Ana Maria, alunas do curso de Psicologia da UnB, que auxiliaram significativamente na coleta e organização dos dados. Especialmente, à Laura, que contribuiu até a etapa de elaboração da dissertação. Que o comprometimento e a determinação continuem qualificando vocês para um futuro brilhante nesta linda profissão.

Ainda, à amiga e também psicóloga, Tatiane Medeiros, que, vindo nos visitar, além de trazer-nos alegria, acabou me ajudando na transcrição de algumas entrevistas! Não se preocupe, visitar-nos não é sempre assim...

Às amigas, Jacqueline Marangoni, Clinaura Lima e Fernanda Nogueira, pela amizade sincera e pela revisão textual. Com a leitura das versões preliminares dessa dissertação, emprestando seus olhares cuidadosos, vocês foram decisivas para o aprimoramento da comunicação com os futuros leitores das páginas que se seguem.

Aos componentes da banca examinadora, Professora Maria Cristina, Professor Viegas e Professora Beth. É honroso, pra mim, eternizar aqui suas contribuições científico-profissionais, conferindo maior qualidade a esta produção.

Aos professores e secretários do Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e de outras áreas do Instituto de Psicologia da UnB, pela cordialidade e competência.

Aos queridos amigos do curso da pós-graduação da UnB, especialmente, Catarina, Camila Guerra, Marina, Marcela, Juciléia, Andréa, Flávia, Carol, Camila Tokarski e Paulo, pela leveza que a amizade de vocês conferiu a essa fase de minha vida. Obrigada por todos os momentos gostosos que tivemos, afinal, “Vocês são luzes, são raios, estrelas e luas...”.

A todas as pessoas com quem pude conviver em meus espaços profissionais, durante estes dois anos. Inicialmente no CAPS II Taguatinga e, mais recentemente, na Gerência de Saúde Mental. De forma muito carinhosa, agradeço aos colegas de trabalho, pela escuta, pelo diálogo amigo e pela torcida, que me deixavam plena de confiança. Também, aos pacientes, cuja interação me exercitava a esperança a cada dia. Igualmente, aos amigos do Centro Espírita André Luiz, que me proporcionaram inestimáveis momentos de alegria, pelo apoio, sobretudo durante a escrita da dissertação, momentos em que estive menos presente em nossas atividades. E, nesse sentido, a todos os amigos, pelo companheirismo que me fortalece para os desafios da caminhada.

A Gilvan, pelo primor no cuidado de nossa residência, o que me deixava mais tranqüila e liberada para as atividades acadêmicas e também pelo exemplo de persistência e determinação na busca de seus sonhos.

À querida Hozana, minha mãe, que enquanto esteve conosco fisicamente nessa vida, deixou em mim as mais belas e fortes marcas que vêm florescendo com o auxílio de tantos. Ao meu pai, Eurípedes, simplesmente, meu herói. Aos meus amados irmãos Kirlian, Kelly e Júnior, que me ensinam a cada dia a grandiosidade da união, do amor fraternal, da alegria. Vocês me sustentam a caminhada! Aos cunhados-irmãos, André e Roberta, que me conquistaram de maneira tão especial. A Larissa, querida sobrinha, nossa princesa, uma grande bênção em nossas vidas.

Minha eterna gratidão aos meus avós, Antônio e Luzia, que já partiram, e Mário e Paula. De vocês trago bases firmes como: dignidade, trabalho, fé e ternura. Também aos meus queridos tios: Agostinho, Olinda, Osvaldo, Osmar, Otair, Edina, Lúcia e Claudinei, juntamente com seus companheiros e filhos, que sempre foram essenciais em minha vida e ajudaram a desenvolver o que há de melhor em mim.

Ao Luís Henrique, meu Sol, meu esposo e melhor amigo. Obrigada pelo amor, cumplicidade e apoio incondicional. A vida ao seu lado é uma grande alegria!!!

Agradeço, ainda, aos meus sogros-pais, D. Edina e Sr. Luiz, aos também cunhados-irmãos Lidianne e William, e aos sobrinhos, Victor e Otávio, que junto à tia Eleuza (sempre em nossa memória) compõem a família que me adotou e que recebi em meu coração.

Certa de que expressando meu reconhecimento a todas essas belas criaturas aqui mencionadas e a tantas, jamais esquecidas, estou reconhecendo e agradecendo ao próprio Criador, digo, enfim: *Obrigada, Pai!*

RESUMO

O tabagismo, antes visto como comportamento elegante e charmoso, foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como dependência química no ano de 1997, e como um dos principais agentes de morte e adoecimento passível de ser evitado. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, totalizando um bilhão e duzentos milhões de pessoas, seja fumante e, embora cerca de 80% delas manifestem a intenção de parar de fumar, menos de 3% conseguem mudar esse comportamento, sem ajuda formal, a cada ano. No Brasil, desde 1989, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo tem capacitado profissionais da saúde para utilizar as abordagens mínima (individual) e intensiva (grupal) junto ao fumante em unidades do Sistema Único de Saúde, tendo por aportes teóricos a abordagem cognitivo-comportamental e o Modelo Transteórico da Mudança de Comportamento. A presente pesquisa foi desenvolvida em quatro unidades públicas de saúde do Distrito Federal e buscou identificar características da conduta tabagista e investigar fatores que pudessem se relacionar à mudança do comportamento de fumar em pessoas que participaram dos grupos. Trata-se de um estudo descritivo com delineamento transversal, retrospectivo e complementarmente documental, que se caracterizou pelo uso de técnicas quantitativas e qualitativas de coleta e análise dos dados. A amostra de conveniência foi composta de 22 homens e 41 mulheres, com idades entre 30 e 73 anos ($M=49,63$; $DP=10,24$), egressos dos grupos há no mínimo seis e no máximo doze meses. A coleta de dados valeu-se dos instrumentos: roteiro de entrevista semi-estruturado; Inventário Beck de Ansiedade; Inventário Beck de Depressão; URICA-24 para Tabaco, escala que avalia a prontidão para mudança por meio de estágios motivacionais; Ficha Clínica do Ambulatório de Tabagismo e Questionário de Dependência Nicotínica de Fargerström. Foram utilizadas técnicas estatísticas para o tratamento dos dados quantitativos e análise de conteúdo categorial para os relatos obtidos nas entrevistas. Os resultados indicaram que 64% da amostra apresentaram níveis elevado ou muito elevado de dependência à nicotina ao início do tratamento. À época da coleta de dados, 36 pessoas não estavam fumando (57,1%) e 27 tinham voltado a fumar (42,9%). A categoria *influência de pares/colegas* foi o principal motivo relatado para o início do tabagismo; para a decisão de mudar o comportamento de fumar foram referidas questões relacionadas à própria saúde. Os aspectos que mais freqüentemente levaram à recaída foram os *problemas em família ou no trabalho*, segundo relatos dos participantes. Quanto ao enfrentamento da fissura, houve um predomínio do uso de estratégias comportamentais em detrimento de estratégias cognitivas. Foram identificadas dificuldades de ordem semântica em relação à URICA-24, o que prejudicou a conclusão sobre os seus resultados. Os escores de ansiedade e depressão apontaram predomínio de níveis mínimo e leve, e essas variáveis apresentaram correlação positiva e moderada ($r=0.41$; $p<0,001$). A família foi mencionada como a principal fonte de suporte social, seguida do grupo de tratamento. A condição em que os participantes se encontravam à época da coleta de dados, *fumando* ou *não fumando*, não se diferenciou significativamente segundo o gênero, faixa etária, escolaridade, renda familiar ou situação conjugal, nem quanto às demais variáveis analisadas. *Ansiedade*, *depressão* ($p=0,078$ para ambas) e *tempo de uso do tabaco na vida* ($p=0,095$) foram as variáveis que mais se aproximaram da significância estatística, atingindo valores limítrofes. Como uma das implicações práticas do estudo, foi sugerida o envolvimento da família do fumante na dinâmica do atendimento intensivo. Espera-se, enfim, que os resultados contribuam com as políticas públicas de saúde no controle do tabagismo.

Palavras-chave: Tabagismo; Mudança de Comportamento; Estratégias de Enfrentamento; Suporte Social; Grupos de tabagismo.

ABSTRACT

Smoking, priorly considered elegant and charming, was recognized by the World Health Organization (WHO) as a chemical dependency in 1997 and as one of the main death and sickening cause that could be avoided. The WHO estimates that one third of the world adult population smokes – about a billion and two hundred million people – and although 80% of them intend to quit smoking, less than 3% do so, without formal assistance, every year. In Brazil, since 1989, the National Tobacco Control Program has trained health professionals to use minimum (individual) and intensive (group) approaches to smokers in unities of the Brazilian Public Health System, using theoretical contribution of the cognitive-behavioral therapy and the Transtheoretical Model for Behavior Changes. This research took place in four public health units of Distrito Federal. The objective was to identify characteristics of the smoking behavior and investigate factors that could be related to changes in the smoking behavior on people that participated in the groups. It is a descriptive and cross-sectional research, retrospective and complementary documental outlining that was characterized by the use of quantitative and qualitative techniques of data collection and analysis. The convenience sample was formed by 22 men and 41 women, aged between 30 and 73 years ($M=49.63$; $SD=10.24$), that left the groups from six to 12 months before. The instruments used for the data collection were: semi-structure interview scripts; Beck Anxiety Inventory; Beck Depression Inventory; URICA-24 for Tobacco, a scale that evaluates the change readiness by motivational stages; Clinical Chart of the Tobacco Ambulatory; and the Fargerström Test for Nicotine Dependence. Statistical techniques were used to analyze quantitative data and content analysis to the reports obtained with the interviews. The results pointed out that 64% of the sample presented high or very high dependence level to nicotine in the beginning of the treatment. By the time of the data collection, 36 of them were not smoking (57.1%) and 27 had gone back smoking (42.9%). The category *colleagues/partners influence* was the main reason to start smoking; the decision to change smoking habits were based on health issues. The aspects that most frequently led to relapses were *family or work problems*, according to the participants' reports. On coping strategies to craving, there was a predominance of the use of behavioral strategies rather than cognitive strategies.. Semantic difficulties related to the URICA-24 were detected, what affected the analysis and conclusion of its results. The anxiety and depression scores showed predominance of minimum and light levels and these variables presented a positive and moderate correlation ($r=0.41$; $p<0,001$). Family was mentioned as the main source of social support, followed by the treatment group. The condition of the participants by the time of the data collection, *smoking or not smoking*, had no significant differences according to gender, age group, educational status, family income or marital status, nor to the other variable analyzed. *Anxiety, depression* ($p=0.078$ for both) and *duration of tobacco use in life* ($p=0.095$) were the variables most nearly of statistical significance, reaching borderline values. As one of the practical implications of this study, the smoker's family participation on the intensive care dynamic was suggested. The expectation, after all, is that the results contribute to public health policies on tobacco control.

Keywords: Smoking; Behavior Change; Coping strategies; Social Support; Tobacco Groups.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Resumo.....	ix
Abstract.....	x
Lista de Tabelas.....	xiv
Lista de Figuras.....	xvi
Lista de Siglas.....	xvii
INTRODUÇÃO.....	1
1. REVISÃO DE LITERATURA.....	5
1.1 Aspectos históricos e socioculturais do tabagismo.....	5
1.2 Tabagismo: informações sobre prevalência.....	8
1.2.1 O tabagismo como fator de risco e como doença.....	11
1.3 Uma epidemia silenciosa: a composição química do cigarro e seus efeitos....	12
1.4 O caráter adictivo do consumo do cigarro.....	14
1.5 Tabagismo e transtornos psiquiátricos.....	19
1.6 <i>Coping</i> ou enfrentamento e a mudança do comportamento de fumar.....	22
1.7 O Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento.....	27
1.8 O Programa Nacional de Controle do Tabagismo.....	32
2. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	38
3. METODO.....	39
3.1 Delineamento.....	39
3.2 Participantes.....	39
3.3 Locais de coleta de dados.....	39
3.4 Instrumentos.....	42
3.4.1 Roteiro de Entrevista Semi-estruturado.....	42
3.4.2 Inventário Beck de Ansiedade.....	42
3.4.3 Inventário Beck de Depressão.....	43
3.4.4 URICA-24 para Tabaco.....	43
3.4.5 Ficha Clínica do Ambulatório de Tabagismo.....	44
3.4.6 Questionário de Dependência Nicotínica de Fargeström.....	45
3.5 Cuidados éticos.....	46

3.6 Procedimentos de coleta dos dados.....	47
3.7 Organização e análise dos dados.....	49
4. RESULTADOS.....	50
4.1 Perfil sociodemográfico da amostra.....	50
4.2 O comportamento tabagista e o tratamento para sua mudança.....	51
4.2.1 O início do comportamento de fumar e a participação no tratamento.....	52
4.2.2 As condições: fumando e não fumando à época da entrevista.....	63
4.3 Síndrome de abstinência, fissura e estratégias de enfrentamento.....	66
4.4 Perfil motivacional da amostra.....	74
4.5 Níveis de ansiedade e de depressão.....	76
4.6 Apoio social, contribuição do grupo de tratamento e mudanças atribuídas à modificação do comportamento de fumar.....	76
4.7 Associação entre as condições: fumando e não fumando à época da entrevista e algumas variáveis do estudo.....	81
4.7.1 Associação com variáveis sociodemográficas.....	81
4.7.1 Associação com variáveis relacionadas ao tratamento e ao comportamento de fumar.....	82
5. DISCUSSÃO.....	85
5.1 Sobre o perfil sociodemográfico da amostra.....	85
5.2 Sobre o comportamento tabagista e o tratamento para sua mudança.....	87
5.3 Sobre a síndrome de abstinência, a fissura e as estratégias de enfrentamento.	92
5.4 Sobre o perfil motivacional da amostra.....	93
5.5 Sobre os níveis de ansiedade e de depressão.....	94
5.6 Sobre o apoio social, a contribuição do grupo e as mudanças atribuídas à modificação do comportamento de fumar.....	95
5.7 Sobre as limitações do estudo.....	96
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
6.1 Principais implicações deste estudo.....	98
6.2 Sugestões para pesquisas futuras.....	100
REFERÊNCIAS.....	102

ANEXOS.....	113
Anexo 1. Roteiro para Entrevista Semi-estruturado.....	114
Anexo 2. Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.....	116
Anexo 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	117
Anexo 4. Frequência de uso das estratégias sugeridas no Manual do Participante.....	118
Anexo 5. Itens correspondentes a cada sub-escala da URICA-24 para o Tabaco.....	120

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Síntese dos sintomas e sinais da síndrome de abstinência de nicotina.....	17
Tabela 2. Estágios motivacionais segundo o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, de acordo com Orsi e Oliveira (2006).....	29
Tabela 3. Descrição sumária do módulo “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar”.....	34
Tabela 4. Caracterização da atuação do Ambulatório de Tabagismo nas unidades de saúde selecionadas.....	41
Tabela 5. Ações preliminares à coleta de dados, seus objetivos e data/período de execução.....	47
Tabela 6. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	51
Tabela 7. Características do comportamento tabagista dos participantes e aspectos relacionados ao tratamento.....	53
Tabela 8. Categorias de influências ou motivos para o início do tabagismo, segundo relatos dos participantes.....	54
Tabela 9. Categorias de motivos que levaram à decisão de mudar o comportamento de fumar.....	57
Tabela 10. Categorias de fatores que levaram à recaída, segundo os participantes que estavam fumando à época da entrevista.....	64
Tabela 11. Categorias de fatores que poderiam levar à recaída, segundo os participantes que não estavam fumando à época da entrevista.....	66
Tabela 12. Conceitos de Síndrome de Abstinência verbalizados pelos participantes.....	67
Tabela 13. Conceitos de fissura verbalizados pelos participantes.....	69
Tabela 14. Relação das estratégias de enfrentamento da fissura sugeridas no Manual do Participante que foram mais e menos utilizadas pela amostra.	71
Tabela 15. Distribuição de frequência nos estágios de prontidão para mudança nas condições fumando e não fumando à época da entrevista.....	75
Tabela 16. Contribuições do grupo de intervenção para a mudança do comportamento de fumar, segundo relato dos participantes.....	78
Tabela 17. Ganhos atribuídos à modificação do comportamento de fumar.....	80
Tabela 18. Associação entre as condições <i>fumando</i> e <i>não fumando</i> à época da	

entrevista e variáveis sociodemográficas.....	82
Tabela 19. Associação entre as condições <i>fumando</i> e <i>não fumando</i> à época da entrevista e variáveis do tratamento e do comportamento de fumar.....	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Prevalência de tabagismo, segundo o sexo.....	9
Figura 2. Ciclo de dependência da nicotina.....	16
Figura 3. <i>Coping</i> ou Enfrentamento e Modelo Interativo do Estresse.....	24
Figura 4. Modelo em espiral dos Estágios de Mudança de Prochaska e cols. (1992).....	30
Figura 5. Tempo aproximado de uso do tabaco, em anos.....	56
Figura 6. Distribuição dos níveis de dependência à nicotina, segundo resposta ao Questionário de Dependência à Nicotina de Fargeström.....	59
Figura 7. Distribuição de frequência das tentativas anteriores de parar de fumar.....	61
Figura 8. Percentual dos principais efeitos-gatilho para acender o cigarro, segundo os participantes.....	62
Figura 9. Sintomas da síndrome de abstinência relatados pelos participantes.....	68
Figura 10. Intensidade percebida da síndrome de abstinência e da fissura.....	70
Figura 11. Estratégias de enfrentamento da fissura verbalizadas pelos participantes.....	72
Figura 12. Distribuição de frequência do uso de medicamentos para tratamento do tabagismo.....	73
Figura 13. Distribuição de frequência dos escores de ansiedade e depressão.....	76
Figura 14. Distribuição de frequência das notas atribuídas pelos participantes à contribuição do grupo na mudança de seu comportamento de fumar.....	77

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychiatry Association*

ASH – *Action on Smoking and Health*

AT – Ambulatório de Tabagismo

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID10 – Classificação Internacional de Doenças – Décima Revisão

CQCT – Convenção-Quadro para Controle do Tabagismo

CSB– Centro de Saúde de Brasília

DAE – Diretoria de Assistência Especializada

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DCV – Doenças Cardiovasculares

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

FCAT – Ficha Clínica do Ambulatório de Tabagismo

HRAN – Hospital Regional da Asa Norte

HRGu – Hospital Regional do Guará

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MTMC – Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIG – Pequeno para a Idade Gestacional, referindo-se ao feto

PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PTA – Poluição Tabágica Ambiental

SA – Síndrome de Abstinência

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRN – Terapia de Reposição de Nicotina

WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

A temática deste estudo definiu-se quando de minha participação na Capacitação para Abordagem e Tratamento de Fumante, como profissional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), em outubro de 2006. Tal curso é realizado pela Gerência de Prevenção da Coordenadoria de Câncer do Distrito Federal, uma iniciativa que compõe o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), sob o direcionamento do Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde (MS).

Meu interesse pela área da saúde, especialmente por questões e programas de saúde pública, vinha se consolidando através de minha prática profissional em Psicologia, à época na Atenção Primária à Saúde e, subseqüentemente, na Saúde Mental, até o presente momento. Somaram-se a isso, o conteúdo e a vivência do mencionado curso, bem como a revisão de literatura, que me proporcionaram uma percepção ampliada do tabagismo, das primeiras manifestações culturais do uso do tabaco à epidemia global que se configura na contemporaneidade.

A Organização Mundial da Saúde estima que um terço da população mundial adulta, isto é, um bilhão e duzentos milhões de pessoas sejam fumantes. Ressalta, também, que o tabagismo é o principal agente de morte e adoecimento no cenário mundial passível de ser evitado. O total de mortes devido ao uso do tabaco alcançou 4,9 milhões de indivíduos ao ano, o que corresponde a mais de dez mil por dia; dessas mortes, 200 mil ocorrem no Brasil, anualmente. Alerta, também, que se as atuais tendências de expansão do seu consumo se mantiverem, esses números poderão chegar a dez milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade entre indivíduos em idade produtiva, de 35 a 69 anos (Banco Mundial, 2003; Jha & Chaloupka, 2000; World Health Organization [WHO], 2001). Em recente relatório, a OMS reconheceu o tabagismo como uma das maiores ameaças à saúde pública na atualidade (OMS, 2008).

O Ministério da Saúde (2004a) sintetiza alguns aspectos relevantes que têm sido apontados em uma série de estudos científicos sobre o tabagismo:

- Trata-se de uma doença crônica gerada pela dependência à nicotina, estando por isso inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da OMS;
- É considerada uma doença pediátrica, pois 90% dos tabagistas começam a fumar antes dos dezenove anos e a idade média de iniciação é aos quinze anos;

- O tabagismo passivo aumenta entre os não fumantes o risco de câncer, infarto, infecções respiratórias, dentre outros agravos, sendo por isso considerado um risco ocupacional quando ocorre nos ambientes de trabalho;
- É também o mais importante fator de risco isolado para doenças graves e fatais: câncer, cardiovasculares, enfisema e outras.

Importante enfatizar que a abordagem a contextos de risco, como o tabagismo, contribuiu para a consolidação da Psicologia da Saúde como um novo campo de intervenção e pesquisa. A Psicologia da Saúde cresceu muito rapidamente nos anos 80 e 90 do século XX, e tem o objetivo principal de promover e manter o bem-estar dos indivíduos, comunidades e populações (Marks, Murray, Evans & Willing, 2000). Considera os determinantes e as mudanças de comportamento, assumindo que grande parte do padrão de morbimortalidade nos países industrializados e daqueles em desenvolvimento é condicionado por comportamentos específicos e são condutas modificáveis. Desta forma, as pessoas podem adotar comportamentos potencialmente promotores de saúde e podem evitar comportamentos que provocam danos à saúde (Kasl & Cobb, conforme citado por Conner & Norman, 1996).

Atualmente, a maioria das pessoas admite que o cigarro seja prejudicial à saúde, mas poucas conhecem a extensão dos seus malefícios e mesmo se o conhecem, uma proporção substancial continua fumando, apesar dos esforços individuais e coletivos para o controle do tabagismo nas últimas décadas (Chatkin, 2006).

A literatura científica aponta também que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem a cada ano, ainda que aproximadamente um terço do total de usuários de tabaco realize tentativas. De cada 100 indivíduos que se propõem a abandonar o cigarro por conta própria, num intervalo de dez anos, somente dez têm sucesso permanente, com média de quatro a cinco tentativas prévias (Benowitz, 1999; Issa, Forti, Giannini & Diamant, 1998). Neste sentido, Ismael (2005) destaca que “muitas pessoas têm manifestado o desejo de parar de fumar, mas não conseguem sem ajuda” (p.70), o que atesta a importância de uma melhor compreensão sobre os fatores determinantes e associados ao comportamento de fumar e às possibilidades de mudança.

Em consonância com o acima exposto, o título do trabalho recebeu a expressão *Eu queria, mas não conseguia...*, que foi verbalizada pelo participante identificado como P19 em entrevista, durante o procedimento de coleta de dados. A frase foi considerada representativa da vivência de grande parte dos tabagistas em seu processo de mudança de comportamento, identificável tanto nos relatos dos participantes desta pesquisa, quanto na

literatura consultada. Neste estudo, é adotada a concepção do tabagismo como uma doença (OMS, 1997) sem desconsiderar, no entanto, que a vontade seja um fator imprescindível ao sucesso dessa modalidade de tratamento, bem como a qualquer edificação humana. Fica, uma vez mais, demonstrada a relevância de estudos e ações que auxiliem na modificação de comportamentos que representem risco à saúde e à vida.

Quanto às publicações nacionais sobre o tabagismo, embora numerosas e importantes, concentram-se, sobretudo, em aspectos epidemiológicos (Andrade & cols., 2006; Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 2002; De Boni & Pechansky, 2003; Menezes, 2006; Rodrigues, Galvão & Viegas, 2008) e médicos (Issa & cols., 1998; Saraiva Filho, Moron, Bailão, Rizzi & Nakamura, 2006). Embora existam e venham se aprimorando nas últimas décadas, fazem-se necessários mais estudos que contemplem a dimensão subjetiva e comportamental da mudança da conduta tabagista, buscando contribuir cientificamente com as iniciativas públicas de tratamento e promoção da saúde.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi investigar alguns fatores que pudessem se relacionar à mudança do comportamento de fumar em pessoas que participaram das intervenções grupais do PNCT em unidades públicas de saúde do Distrito Federal. Foram enfatizados aspectos como: o comportamento de fumar anterior à intervenção; os motivos que levaram à procura do tratamento para a mudança do comportamento de fumar, bem como as expectativas sobre resultados da participação no grupo; a frequência de egressos dos grupos que estavam abstinentes ou mantinham a conduta tabagista; as estratégias cognitivas e comportamentais adotadas para o enfrentamento da síndrome de abstinência, especialmente o manejo da fissura; o estágio de prontidão para a mudança de comportamento, à época da pesquisa, bem como a ocorrência de ansiedade e de depressão nos participantes e possíveis associações com a manutenção ou cessação do comportamento de fumar.

Ressalto que este estudo não se propôs a avaliar as intervenções realizadas pelo PNCT nas unidades de onde a amostra foi recrutada, embora reconheça que as intervenções, sobretudo as grupais, e o contexto geral em que ocorreram, configure um conjunto relevante de variáveis, algumas das quais foram consideradas para análise.

O trabalho foi organizado em seis capítulos. No primeiro, Revisão de Literatura, foram apresentados os referenciais teóricos e conceitos norteadores do estudo, um levantamento integrativo a partir da produção científica sobre o tema, assim como as linhas gerais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. O segundo contemplou os objetivos geral e específicos da pesquisa. No capítulo seguinte, Método, foram descritos o

delineamento, os participantes, os locais de coleta de dados e os instrumentos, procedimentos de coleta e recursos de organização e análise das informações obtidas. O quarto capítulo apresentou os resultados, organizados em subseções que seguem aproximadamente a seqüência dos objetivos específicos. No quinto capítulo, procedeu-se à discussão dos resultados à luz de estudos anteriores e dos referenciais teóricos, além da identificação das limitações do estudo. Por fim, no sexto capítulo, foram apresentadas as principais conclusões, as implicações práticas e sugestões para futuras pesquisas.

Considero importante registrar que o processo de aplicação dos instrumentos de pesquisa possibilitou-me a aproximação com histórias reveladoras de uma realidade complexa, um verdadeiro espectro de sentimentos e experiências que, em mim, fortaleceu a vontade de contribuir, ainda que pontual e minimamente, por meio das análises realizadas neste estudo. Espero que os resultados e discussões aqui alcançados se façam úteis no auxílio àqueles que desejam e buscam sua mudança comportamental em relação ao tabagismo.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Aspectos históricos e socioculturais do tabagismo

O uso do tabaco é um fenômeno complexo e multifacetado. Diversas sociedades primitivas, sobretudo sul-americanas estimavam sua ação terapêutica, além de utilizá-lo em rituais religiosos para afastar maus fluídos, atribuindo-lhe poderes mágicos. Após a chegada dos europeus às Américas, o tabaco foi amplamente difundido, tornando-se mesmo moeda corrente em algumas colônias (Henningfield, 1988). Em uma contextualização histórico-cultural do tabagismo, este autor ainda o qualifica como uma *vingança dos índios*, comparando os malefícios da difusão do tabaco à introdução da sífilis entre as tribos do Novo Mundo.

A respeito da presença e influência de elementos como o tabaco na dinâmica da humanidade, Leite (2006) enfatiza o quanto

a história mundial dos últimos 500 anos está intrinsecamente ligada aos movimentos humanos para obter, comercializar e consumir substâncias psicoativas. Essa palpável conclusão está refletida em inúmeros aspectos de nossa vida cotidiana, como o ramo de tabaco do escudo de armas de nosso país (curiosamente o outro ramo é o do café, outra substância entorpecente), o país caribenho Trindad-Tobago e a própria “mobilização social mundial contra as conseqüências do hábito de fumar”¹ (p.7).

No Brasil, o cultivo do tabaco iniciou-se em 1548. À medida que os portugueses descobriram o valor desse novo produto e a fertilidade das terras de sua maior colônia, protagonizaram com os espanhóis e os holandeses a expansão mundial do tabaco, passando a cultivá-lo próximo a seus portos comerciais ao redor do globo (Leite, 2006).

Pouco mais tarde, em 1555, um relato feito pelo embaixador da França em Lisboa, M. Jean Nicot de Villemain, ao Rei acerca das possibilidades múltiplas do tabaco acabou por definir o nome de sua principal substância ativa, a nicotina. Nicot advogou a favor dos efeitos terapêuticos do tabaco depois de utilizá-lo para curar uma ferida de sua própria perna e uma ferida de seu cozinheiro. Naquela época, alguns tratados de medicina chegaram a listar mais de 50 doenças que poderiam ser curadas com o uso do tabaco, como: bronquite crônica, asma, problemas no fígado, intestino, males do cérebro, doenças de pele em geral, entre outras (Ismael, 2005). Nesse sentido, Rosenberg (2002) ressalta que durante aproximadamente três séculos os próprios médicos foram os maiores divulgadores do tabaco por considerem-no substância terapêutica.

¹ Grifo do autor.

A produção industrial do tabaco acelerou vertiginosamente a expansão do seu consumo, aliada às sofisticadas estratégias de *marketing* de grandes companhias transnacionais de tabaco. Por meio de recursos bastante sutis, a publicidade veiculada pelas indústrias tabageiras associou o fumar a luxo, sucesso, conquista, velocidade, emoção, juventude, dinheiro e até saúde, atingindo maciçamente grupos como: adolescentes, mulheres, faixas economicamente mais pobres etc. Assim, no século XX, o tabagismo passou a ser visto como um estilo de vida, um comportamento social aceitável e charmoso, o que fez a OMS considerá-lo uma doença transmissível pela publicidade (WHO, 2001).

Em 2001, a *Action on Smoking and Health* (ASH), companhia britânica que se propõe a trabalhar no combate aos danos causados pelo cigarro, elaborou um documento denominado *Trust us: we're the Tobacco Industry* (Hammond & Rowell, 2001). Tratava-se de um relatório elaborado a partir do levantamento de centenas de registros que, de acordo com a ASH, revelava a verdade que as companhias de tabaco omitiam do público. No texto, podem ser encontrados trechos como o rascunho do relatório de um executivo da Phillip Morris, escrito em 1969:

Um cigarro para o iniciante é um ato simbólico. “Eu não sou mais a criança da minha mãe, eu sou forte, eu sou um aventureiro, eu não sou quadrado...” Na medida em que a força do simbolismo psicológico diminui, o efeito farmacológico assume o papel de manter o hábito (p. 43).

Ou citações como do memorando enviado por um pesquisador da Philip Morris, Myron E. Johnston, em 1981, para Robert B. Seligman, vice-presidente de pesquisa e desenvolvimento desta organização. Este documento versa sobre a importância de se conhecer os padrões de consumo de cigarros por adolescentes, uma vez que eles “são os potenciais consumidores regulares de amanhã” (Hammond & Rowell, 2001, p. 43) e expressa preocupação com o declínio do número de adolescentes fumantes.

Moura (2005) reafirma que a publicidade da indústria do tabaco, a imagem social dos fumantes, os hábitos de fumar dos colegas ou dos pais são fatores que influenciam o início do tabagismo. Pesquisas entre adolescentes no Brasil mostram que os principais aspectos favorecedores do consumo do tabagismo entre os jovens são a curiosidade pelo produto, a imitação do comportamento do adulto – sobretudo dos pais –, a necessidade de auto-afirmação e o encorajamento proporcionado pela propaganda (Ferrari, 2003; Guimarães, Godinho, Cruz, Kappann & Tosta Junior, 2004; Ivanovic, Castro & Ivanovic, 1997; Silva, Silva & Botelho, 2008). Alguns autores têm destacado que a tolerabilidade

social do uso do cigarro ainda é alta, provavelmente por se tratar de uma droga lícita, cujos efeitos deletérios, na maioria dos casos, demorarão muito para aparecer (Niel, 2008).

Estudos apontam, também, que 90% dos fumantes iniciam seu consumo antes dos dezenove anos de idade (Brasil, 2001), quando o indivíduo ainda se encontra na fase de construção de sua personalidade. Nos países em desenvolvimento, a maior proporção de jovens inicia-se no tabagismo em torno dos doze anos (Brasil, 2004b). Corroborando esses achados, Jha e Chaloupka (2000) afirmam que as pessoas que conseguem evitar o comportamento de fumar na adolescência ou nos primeiros anos de vida adulta, provavelmente, não chegarão a ser fumantes algum dia e, em contrapartida, estima-se que 50% dos que experimentam o cigarro se tornarão fumantes na vida adulta.

Ressalta-se que tem havido um deslocamento da atuação da indústria do fumo e, conseqüentemente, da epidemia do tabagismo dos países desenvolvidos – nos quais a restrição ao tabaco vem se fortalecendo –, para países pobres e em desenvolvimento, que respondem por 80% do seu consumo e onde significativa proporção das mortes relacionadas com o tabaco ocorrerá nas próximas décadas (Jha & Chaloupka, 2000; OMS, 2008). Como uma das medidas que visa reduzir a demanda por estes produtos, no Brasil, a Lei nº 10.167/2000 restringe a propaganda de cigarro e de produtos derivados do tabaco no país (Brasil, 2000).

Ainda sobre a expansão do tabagismo no mundo, reconhece-se o conflito de interesses que se configura: por um lado a preocupação com a saúde, por outro os argumentos econômicos. Desde 1993, as exportações brasileiras de folhas de tabaco assumiram a primeira posição no *ranking* mundial e, quanto à produção, o Brasil é o segundo. A China, maior produtor mundial, utiliza quase tudo que produz para consumo interno (Ferreira, 2006). Cavalcante (2009) enfatiza que a Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra), sendo a representante brasileira da *International Tobacco Growers*, instituição mantida pela *British American Tobacco*, procura defender os “interesses de milhões de brasileiros que dependem dessa atividade econômica desde 1500”.²

Os graves problemas para a saúde e as questões de ordem financeira precisam ser tratados de forma séria e compromissada pela nação, pois, do tabagismo ainda decorrem outras implicações de natureza sócio-econômica. Cavalcante (2002), ao apresentar o impacto mundial do tabagismo, em obra com este título, ressalta que para cada real arrecadado em imposto sobre produtos do tabaco, o governo brasileiro gasta

² Trecho supracitado em Cavalcante (2009), escrito e divulgado por um jornalista do Rio Grande do Sul.

aproximadamente R\$1,57 no tratamento das doenças causadas pelo tabagismo, o que resulta em um prejuízo anual estimado em cerca de 1,25 bilhões de reais. Outra consequência do uso de tabaco levantada nessa publicação é a perda de muitos dias de trabalho por ano, em decorrência do adoecimento e complicações secundárias.

Como parte do enfrentamento internacional às questões relacionadas ao tabagismo no mundo, 192 Estados Membros da OMS elaboraram um instrumento legal internacional, que recebeu o nome de Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Seu objetivo principal é preservar as gerações, presentes e futuras, das consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas do consumo e da exposição à fumaça do tabaco. O Brasil foi o segundo país a assinar o documento, em 2003, e colaborou ativamente no processo de elaboração e de negociação deste tratado (Brasil, 2004a), mas somente em outubro de 2005, a ratificação foi aprovada pelo plenário do Senado Federal.

1.2 Tabagismo: informações sobre prevalência

Quanto à prevalência do uso do tabaco, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004a) relata que, em países desenvolvidos, observavam-se maiores índices nas classes sociais mais favorecidas. Porém, nas últimas décadas do século XX, essas pessoas, notadamente as do sexo masculino, foram aos poucos abandonando o tabagismo e, hoje, nesses países, a população de mais baixa renda e escolaridade encontra-se mais exposta. Exemplifica, a partir de dados do Banco Mundial, que na Noruega, enquanto a prevalência de tabagismo entre homens de alta renda diminuiu de 75% em 1955 para 28% em 1990, o declínio, nesse mesmo período, foi bem menor entre pessoas de baixa renda: de 60% para 48%. Na China, entre pessoas sem nenhuma escolaridade, a prevalência de tabagismo é 6,9 vezes maior do que entre aquelas com nível médio de escolaridade.

Um levantamento realizado pela OMS em 1997 (citado por Costa e Silva & Koifman, 1998) aponta que a prevalência de fumantes do sexo masculino nas Américas era, à época, de 35% e do sexo feminino, de 22%, enquanto os dados mundiais eram de 47% para homens e 12% para mulheres. Nesse estudo, os autores sugerem que a taxa elevada encontrada para o sexo feminino no continente, quando comparada ao índice global, esteja associada aos resultados encontrados em países como Canadá, Uruguai, Brasil, Chile e Cuba, pois nos demais, as mulheres fumantes não representavam números tão expressivos.

Nos últimos anos, o conhecimento dos aspectos epidemiológicos do tabagismo na América Latina tem sido bastante ampliado pelo trabalho de um grupo de pesquisadores

vinculados ao Projeto PLATINO (Projeto Latino-americano de Investigação em Obstrução Pulmonar). Com sua coordenação geral sediada em Pelotas (RS) este projeto vem identificando a prevalência das doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) em cinco centros da América Latina, bem como a associação entre DPOC e alguns fatores de risco, principalmente o tabagismo (Menezes, 2006).

A Figura 1, extraída desta obra organizada por Menezes (2006), mostra que a prevalência de tabagismo no sexo masculino foi mais alta do que no sexo feminino, em todos os centros do Projeto PLATINO. O maior percentual de fumo (43%) foi observado em homens de Santiago e o menor foi de 17% nas mulheres mexicanas.

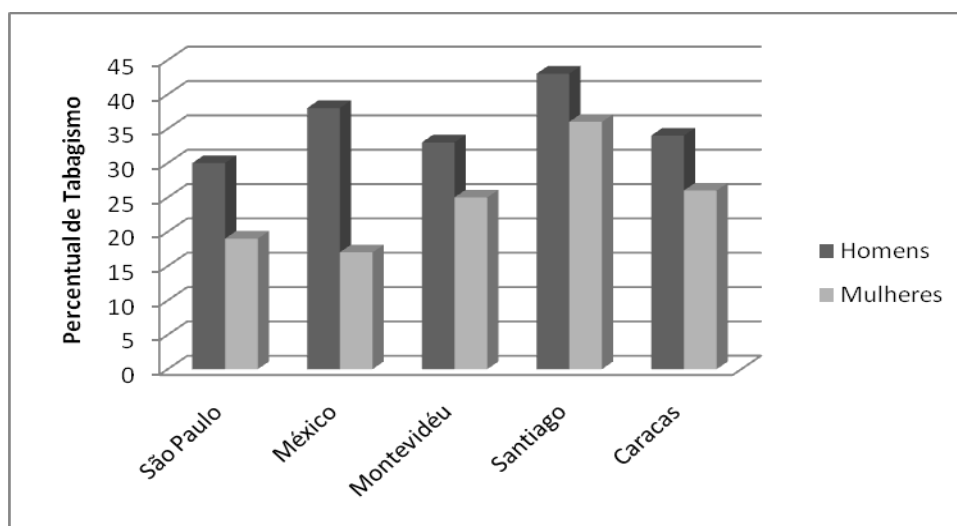


Figura 1. Prevalência de tabagismo, segundo o sexo (Fonte: Menezes, 2006).

Encontra-se ainda nesta publicação que a cidade com maior proporção de pessoas que começaram a fumar antes dos treze anos foi São Paulo, tanto entre os homens quanto entre as mulheres. O percentual de pessoas começando a fumar na idade de dezoito anos ou mais foi maior no México do que nos outros países. De modo geral, conclui-se que o sexo masculino representa o grupo no qual a redução do tabagismo tem sido evidente; mulheres e adolescentes, por outro lado, vêm mostrando maior consumo de cigarros com o passar dos anos.

No Brasil, dentre os estudos de maior alcance pode-se destacar a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, em 1989 (Brasil, 1989), o I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, que envolveu as 107 maiores cidades do país, em 2001 (Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 2002) e o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos

de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Brasil, 2004a), que apresentam importantes descritores epidemiológicos sobre o tabagismo. No primeiro, foram avaliadas 34.808 pessoas, com o apoio do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE), verificando-se uma prevalência de 34,8% de fumantes na população com mais de dezoito anos, e no segundo, 8.589 pessoas da faixa etária de 12 a 65 anos, encontrando-se 41,1% de fumantes.

No terceiro estudo (Brasil, 2004a), realizado nos anos de 2002 e 2003, em dezesseis capitais brasileiras, foram entrevistados 23.457 indivíduos, residentes em 10.172 domicílios. A maior prevalência de uso regular de cigarros foi encontrada em Porto Alegre (25,2%), seguida de Curitiba (21,5%), Belo Horizonte (20,4%) e São Paulo (19,9%). As menores prevalências foram observadas em Aracaju (12,9%), Campo Grande (14,5%) e Natal (14,7%). No Distrito Federal, foram avaliadas 1.995 pessoas, das quais 345 (17,3%) declararam-se fumantes. O índice de cessação do tabagismo na capital federal foi de 50,4%. Dentre outras conclusões epidemiológicas, esta pesquisa indica que:

- A prevalência de tabagismo entre jovens das regiões Sudeste e Sul é maior do que das regiões Norte e Nordeste, mostrando que nas regiões mais urbanizadas há um aumento de consumo nas faixas etárias mais jovens;
- O índice de cessação de uso de tabaco ficou em torno de 50% em todas as capitais pesquisadas, superior ao de outros países. Todavia, esse índice apresentou-se menor entre os indivíduos com menor escolaridade ou de nível social mais baixo;
- O aumento que vem sendo observado na mortalidade por câncer de pulmão nas mulheres, em todas as regiões do país, diferentemente do que vem sendo observado entre os homens, que apresentam tendências estáveis ou mesmo de queda a partir da metade da década de 1990, pode estar associado ao aumento da prevalência do tabagismo no sexo feminino há duas décadas ou mais.

Com o intuito de subsidiar o planejamento e execução de programas de controle do tabagismo, Peixoto, Firmo e Lima-Costa (2007) realizaram um inquérito domiciliar na região metropolitana de Belo Horizonte ($N=13.261$) e na cidade de Bambuí ($N=1.018$), ambas no Estado de Minas Gerais. Identificaram o índice de cessação do tabagismo na população não institucionalizada, encontrando para a primeira 40,6% e para a segunda 38,8%. No entanto, os critérios de avaliação não ficam claros na publicação consultada, como por exemplo, o período considerado de abandono do cigarro.

1.2.1 O tabagismo como fator de risco e como doença

Atualmente, existe um consenso na literatura científica, e também na veiculada por órgãos governamentais, de que o tabagismo seja uma das principais causas de mortes prematuras e incapacidades no mundo. Junto a outros fatores de risco, como hipertensão arterial, alimentação inadequada, obesidade, sedentarismo, entre outros, representa grave problema de saúde pública (Banco Mundial, 2003; Brasil, 2003; Issa, Forti, Giannini & Diamant, 1998; Leopércio & Gigliotti, 2004; WHO, 2001).

Um estudo prospectivo realizado por mais de 40 anos com 35.000 médicos ingleses mostrou que metade dos tabagistas morre de causas diretamente relacionadas ao cigarro. Fumantes que morreram entre os 35 e os 69 anos perderam, em média, 22 anos de vida. Mesmo os que sobreviveram, além dos 69 anos, perderam cerca de oito anos de vida por causa do cigarro (Doll, Peto, Wheatley, Gray & Sutherland, 1994).

Em 1988, foi publicado nos Estados Unidos um relatório com 643 páginas apresentando estudos que comprovam a capacidade do tabaco de causar dependência, o que levou a comunidade científica mundial a reconhecer o tabagismo como uma dependência química (U. S. Surgeon General, 1988). Em 1997, a Organização Mundial da Saúde o classificou no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, incluindo-o na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10, sob o código F17.2 (OMS, 1997).

Dessa forma, o tabagismo adquire o duplo status: de doença epidêmica, uma verdadeira pandemia, e de fator de risco para aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (Rosemberg, 2002).

A OMS enfatiza ainda, que os esforços para promover a cessação de fumar reduzem a mortalidade em um prazo mais curto do que a prevenção da iniciação no comportamento de fumar entre os jovens, que só produzirão mudanças nas estatísticas 30 a 50 anos depois, quando os adolescentes atingirem a faixa etária em que se concentram as mortes relacionadas ao tabagismo. Além disso, existem amplas evidências de que os esforços para promover e apoiar a mudança do comportamento de fumar estão entre as abordagens da atenção à saúde que mais oferecem vantagens na relação custo/benefício (Gilbert & cols., 2004; Parrott & Godfrey, 2004).

1.3 Uma epidemia silenciosa: a composição química do cigarro e seus efeitos

Rosas e Baptista (2002) referem-se ao tabagismo como uma epidemia silenciosa, responsável por 50% de todas as doenças que podem ser evitadas, metade das quais são doenças cardiovasculares (DCV) e, ao cigarro, como um verdadeiro *cocktail* de tóxicos.

O tabaco é preparado através da secagem das folhas da *Nicotina tabacum*. O ato de fumar é fundamentado na combustão do tabaco e origina a corrente de fumaça que se subdivide em corrente primária ou principal e corrente secundária ou lateral. A primária é inalada pelo fumante e resulta da combustão incompleta da matéria orgânica e depende de fatores como: características da folha de fumo, de aditivos e misturas a ela acrescidos, além do aporte de oxigênio e gradiente de temperatura na região incandescente. A secundária sai da ponta do cigarro, é a que se dilui no ar, e corresponde à maior parte do que o fumante passivo inala (Brasil, 1997; Silva & Sestelo, 2007).

As publicações mais recentes sobre o cigarro explicitam que a folha do tabaco *in natura* contém cerca de 300 substâncias químicas, entre elas a nicotina e mais 16 compostos cancerígenos. Durante a produção industrial do cigarro, no entanto, são colocados em torno de 600 aditivos. Assim, quando o fumante acende um cigarro detona um verdadeiro caos molecular. A 1000°C, que é a temperatura aproximada da brasa do cigarro, as 300 substâncias do tabaco se decompõem e se recombinaem de forma descontrolada, resultando em cerca de 4.700 compostos químicos, dos quais 60 são comprovadamente cancerígenos, outros são co-cancerígenos ou irritantes para o ser humano (Benowitz, 1999; Garanttoni, 2008; Issa, 2007).

A fumaça também pode ser dividida em duas fases: gasosa, onde se encontram substâncias como monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína, e uma fase particulada ou sólida, composta, por exemplo, por alcatrão, arsênio, polônio 210, carbono 14, níquel, chumbo, benzopireno, cádmio, dibenzoacridina e nicotina. Três substâncias se destacam pela importância dos seus efeitos nocivos: o alcatrão, o monóxido de carbono (CO) e a nicotina.

O alcatrão se forma a partir da carbonização da brasa do cigarro, sendo responsável, em grande parte, por perturbações respiratórias. O monóxido de carbono é um gás tóxico que tem alta afinidade com a hemoglobina; a mudança de formação desta ao unir-se com o CO e formar a carboxiemoglobina (COHb) produz a redução da quantidade de oxigênio transportado pelo sangue e uma maior dificuldade de ser liberado aos tecidos.

Cada cigarro contém 7 a 9mg de nicotina, dos quais se estima que pouco mais de um miligrama seja absorvido pelo fumante (Marques & cols., 2001). A nicotina é

absorvida pelos pulmões (70 a 90%), mucosa bucal (4 a 45%) e pela pele, dependendo de fatores como temperatura cutânea e grau de higiene e hidratação. A quantidade de nicotina absorvida pelo fumante depende do tipo de administração, pH do fumo, número de tragadas e aproveitamento do cigarro (Silva & Sestelo, 2007). A nicotina e seu metabólito – cotinina – podem ser medidas no sangue, na saliva ou na urina. Sua propriedade adictiva será abordada em tópico específico.

Os malefícios à saúde, tanto do fumante, quanto das pessoas que o circundam, estão indubitavelmente registrados na literatura científica. Reconhece-se, atualmente, que o tabagismo causa destruição em vários tecidos e está intimamente relacionado a muitos tipos de câncer: pulmão, útero, leucemia e outros; a doenças do aparelho respiratório: enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma, infecções respiratórias; e a doenças cardiovasculares: angina, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, aneurismas, acidente vascular cerebral, trombozes (U. S. Surgeon General, 1988; Marques & cols., 2001; Rosemberg, 2002; Issa, 2007).

A partir de uma meta-análise, Vogt (2007) aponta também a associação, em graus variáveis, entre tabagismo durante a gestação e complicações para a mulher e para o bebê, como infertilidade, descolamento de placenta, parto prematuro, baixo peso ao nascer, nascimento de fetos pequenos para a idade gestacional (PIG), mortalidade fetal e neonatal. Contudo, no que se refere ao risco de pré-eclâmpsia, alguns estudos têm apresentado um efeito paradoxal, com a diminuição do risco deste quadro clínico em mulheres fumantes. Esta tendência foi corroborada pelos achados de Wendland (2007), acerca do risco do desenvolvimento de diabetes e hipertensão durante a gestação, bem como de uma possível diminuição do risco da gestante que fuma desenvolver diabetes gestacional na primeira gravidez.

Araújo (2007) define o tabagismo passivo como “a exposição involuntária de pessoas não-fumantes às substâncias produzidas pela combustão do tabaco em ambientes fechados” (p. 33). Este autor reafirma que a poluição tabágica ambiental (PTA) é responsável por significativa morbimortalidade em adultos, mas, sobretudo em crianças, relacionando-se diretamente às doenças respiratórias. Corroborando esses dados, Lotufo (2007) menciona ter publicado um trabalho sobre a dosagem de cotinina na urina de crianças de zero a cinco anos de idade atendidas no pronto-socorro de um hospital universitário. Encontraram tal metabólito em 24% da amostra que teve contato íntimo com a fumaça do cigarro dos pais nas 24 horas que antecederam a sua participação na pesquisa.

1.4 O caráter adictivo do consumo do cigarro

Quando o assunto é tabagismo, alguns questionamentos se fazem muito presentes para a população, sobretudo para as pessoas que convivem com fumantes, e para os profissionais que buscam uma maior aproximação com esta temática: por que, mesmo diante do conhecimento dos danos à saúde e risco à vida, tantas pessoas continuam fumando? A que atribuir a dificuldade expressa por muitos tabagistas que desejam mudar seu comportamento de fumar? O que justifica as altas taxas de recaída, após tentativas de cessação do tabagismo?

O INCA identifica, pelo menos, três razões centrais para essas questões: a capacidade da nicotina de levar à dependência química, a constante pressão da publicidade e a aceitação social do tabagismo (Brasil, 1997). Neste tópico, abordar-se-á a dimensão adictiva do tabaco frisando-se, uma vez mais, que as pesquisas revelam que 80% dos fumantes regulares manifestam o desejo de parar de fumar; destes menos da metade realizam tentativas e poucos são bem-sucedidos e abandonam o tabaco sem ajuda especializada (Planeta, 2006).

A nicotina é considerada uma droga psicoativa que exerce efeito estimulante no sistema nervoso central (SNC) e essa constatação, corroborada por diversos estudos científicos, tem evidenciado a dependência nicotínica como a principal explicação para a persistência do comportamento tabagista e para a dificuldade de sua mudança. Sobre a atuação da nicotina no sistema de recompensa cerebral, Di Chiara (2000) esclarece que a ativação de receptores nicotínicos localizados em neurônios dopaminérgicos da via mesocorticolímbica estimula uma maior liberação de dopamina no núcleo *accumbens*, determinando a sensação de prazer ligada ao ato de fumar, reforçando a auto-administração.

Admitindo-se todos os fumantes regulares como pessoas dependentes da nicotina, mesmo que em graus variáveis, tem-se verificado que quanto maior o nível de dependência, maior a possibilidade e/ou a gravidade da síndrome de abstinência durante a suspensão desta substância, e também maior a dificuldade de se evitar recaídas (Halty, Hüttner, Netto, Santos & Martins, 2002; Moura, 2005).

Estimativas têm sustentado o alto poder de adicção da nicotina e algumas delas são destacadas a seguir. A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), em publicação sobre o tabaco (Brasil, 2005), afirma que “o potencial da nicotina de induzir a dependência nos seus usuários é tão forte que mais de 85% daqueles que fumam, o fazem diariamente. Enquanto isso, entre os usuários de cocaína, menos de 10% fazem uso diário” (p. 13). Ao

que se pode acrescentar, de acordo com Menezes e Achutti (2000), que cerca de 31,9% das pessoas que experimentarem tabaco tornar-se-ão dependentes, contra 15,4% dos que experimentarem álcool, 16,7% a cocaína e 23,1% que experimentarem heroína. Segundo Marques e cols. (2001), 60% das pessoas que fumarem por mais de seis semanas, provavelmente continuarão a fazê-lo por mais 30 anos.

A dependência à nicotina é um processo complexo, em cuja base tem-se identificado uma composição tríplice: dependência física, diretamente relacionada aos sintomas da síndrome de abstinência quando se deixa de fumar; dependência psicológica, identificável na sensação de ter no cigarro um apoio ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão, frustração, com as pressões sociais etc.; e condicionamento, representado por associações habituais com o fumar, como por exemplo: fumar e tomar café, fumar e trabalhar, fumar e dirigir, fumar e consumir bebidas alcoólicas, fumar após as refeições e outras (Brasil, 2001; Gigliotti, Carneiro & Ferreira, 2001; Moura, 2005; Reichert & cols., 2008). Sobre o exposto, Benowitz (1999) sumariza que o tabagismo é um comportamento aprendido, reforçado pela nicotina, seu principal componente adictivo.

Assim, faz-se necessário que alguns conceitos, como dependência de substância, tolerância, síndrome de abstinência (SA), incluindo o *craving* ou fissura, que pode ser considerado o principal sintoma da síndrome, sejam explicitados.

De acordo com a *American Psychiatry Association* (APA), a dependência é caracterizada por um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos do uso de determinada substância de modo incontrolado, podendo chegar à compulsividade, a despeito de suas conseqüências adversas. Embora nem todas as substâncias psicoativas induzam à tolerância, na quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, ela é apontada como um dos critérios para o diagnóstico da dependência e consiste na necessidade de crescentes doses da substância para atingir os mesmos efeitos de intoxicação ou em uma diminuição acentuada destes efeitos com o uso continuado da mesma quantidade do elemento psicoativo (APA, 2002).

A tolerância pode resultar dos seguintes fatores: (a) aceleração do metabolismo da substância tóxica pelo fígado, a denominada tolerância metabólica; (b) alterações no funcionamento das células-alvo em presença da droga, geralmente células do SNC, onde a reação tecidual à droga está diminuída face ao aumento do número de receptores nicotínicos, a tolerância farmacológica, relacionada à neuroadaptação (Brasil, 1997; Menezes & Achutti, 2000).

A neuroadaptação é o processo pelo qual o sistema nervoso se ajusta quantitativa e qualitativamente aos efeitos da nicotina, o que corresponde a uma tolerância de longo prazo, enquanto a tolerância mais aguda pode estar relacionada ao nível de dessensibilização do receptor num dado momento. Os efeitos funcionalmente benéficos da nicotina (melhor desempenho cognitivo, maior controle da excitabilidade e das emoções negativas) podem ser explicados pela ativação de receptores acetilcolinérgicos do tipo nicotínico que se encontram no cérebro, já os receptores periféricos estão envolvidos, por exemplo, na perda ponderal (Fargerström, 2006).

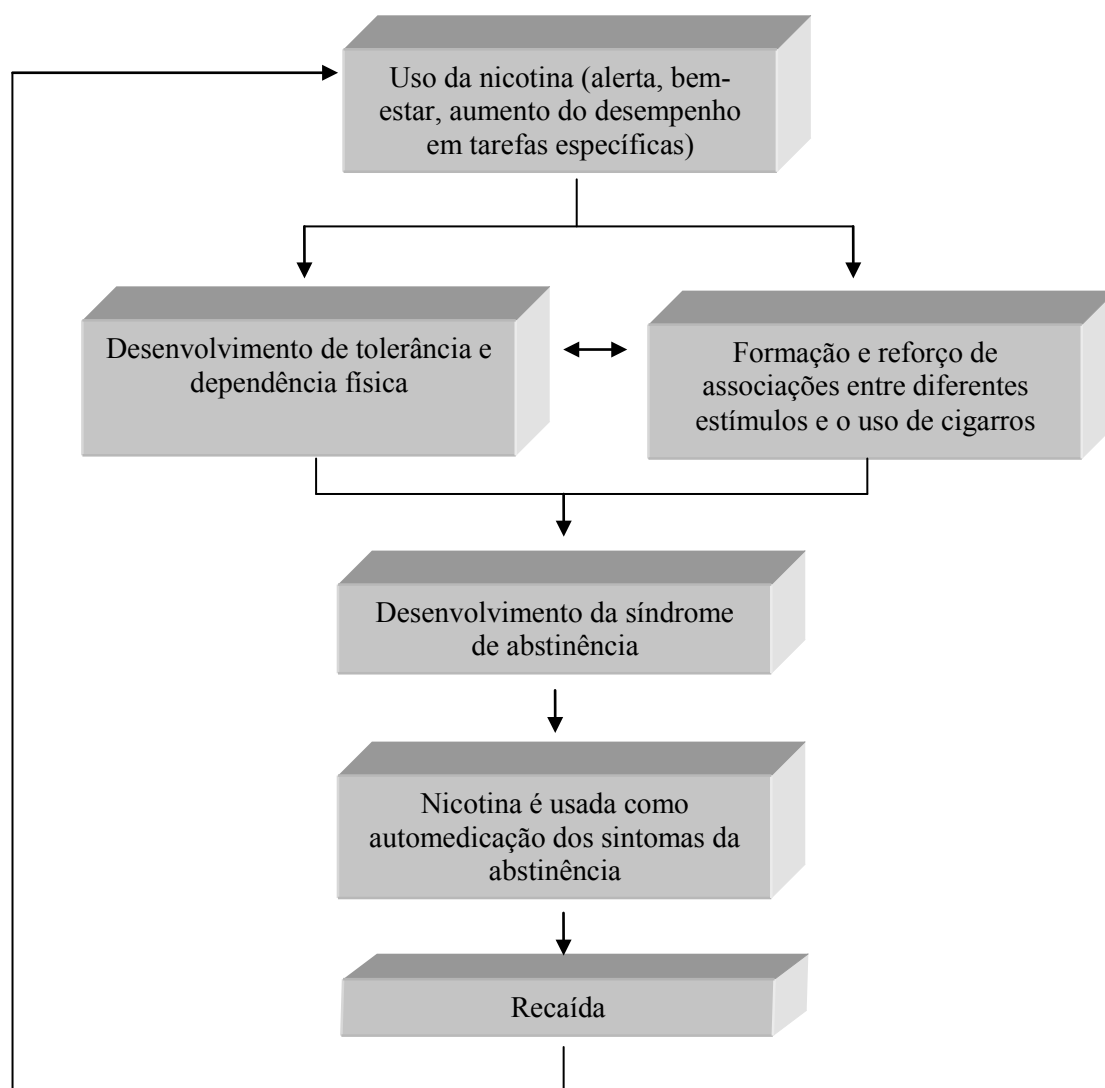


Figura 2. Ciclo de dependência da nicotina (Fonte: Gigliotti, Carneiro & Ferreira, 2001).

No DSM-IV-TR (APA, 2002) encontra-se como definição da síndrome de abstinência: “uma alteração comportamental mal adaptativa, com elementos fisiológicos e

cognitivos, que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue e nos tecidos declinam em um indivíduo que manteve um uso pesado e prolongado da substância” (p. 210). A presença destes sintomas levaria a pessoa a consumir a substância psicoativa novamente em busca de alívio. Este processo de caráter cíclico que leva à, e decorre da dependência é similar tanto para a nicotina quanto para outras drogas e pode ser observado com maiores detalhes na Figura 2.

Entretanto, a APA (2002) enfatiza que os sinais e sintomas de abstinência são mais perceptíveis e mensuráveis em relação ao álcool, opióides e sedativos, hipnóticos e ansiolíticos do que no caso de estimulantes como anfetaminas, cocaína, maconha e nicotina. Ainda de acordo com orientação da APA, são sintomas típicos da SA: humor deprimido ou disfórico, insônia, irritabilidade, frustração ou raiva, ansiedade, dificuldade de concentração, inquietação, redução da frequência cardíaca, aumento do apetite e ganho de peso. Marques e cols. (2001) organizaram didaticamente os sintomas da SA de nicotina, categorizando-os em psicológicos, biológicos e sociais (Tabela 1).

Tabela 1. Síntese dos sintomas e sinais da síndrome de abstinência de nicotina.

Psicológicos	Humor disfórico ou deprimido Insônia e sonolência diurna Irritabilidade, frustração ou raiva Ansiedade Dificuldade para concentrar-se e para manter a atenção Inquietação Fissura ou <i>craving</i>
Biológicos	Frequência cardíaca diminuída Pressão arterial diminuída Aumento do apetite Ganho de peso Incoordenação motora e tremores
Sociais	Relacionamento social instável em consequência do estado ansioso

Fonte: Marques e cols. (2001)

Embora, a rigor, nem a tolerância nem os sintomas da abstinência sejam critérios suficientes para um diagnóstico de dependência, eles comumente se fazem presentes. Heatherton e cols. (1991) destacam que o tempo necessário para se fumar o primeiro cigarro do dia e a quantidade de cigarros consumidos durante o dia são os dois preditores mais significativos do nível de dependência de nicotina. Segundo estes autores, a SA tende a iniciar-se cerca de oito horas após o último cigarro e atingir o auge no terceiro dia, podendo durar 30 dias ou mais. Mesmo reconhecendo o papel central da dependência

nicotínica no aparecimento desta síndrome, sugerem, também, que alguns sintomas estejam associados às diferenças individuais, bem como à perda de rituais comportamentais e/ou de reforços sensoriais.

Talvez por sua dimensão subjetiva, o termo *craving* apresenta controvérsias conceituais no meio científico, porém, é considerado de grande relevância à prática clínica junto aos dependentes químicos, na medida em que representa fator de risco de recaída. Popularmente, no Brasil, ele é conhecido como fissura, traduzindo-se por um intenso desejo de utilizar uma determinada substância, como apontam Araújo, Oliveira, Pedrosos, Miguel e Castro (2008). Em um interessante artigo de revisão teórica, os pesquisadores apresentam uma visão multidimensional desse construto, defendendo que ele seja considerado numa perspectiva biopsicossocial, a partir da contribuição articulada dos modelos teóricos: comportamental, psicossocial ou cognitivo e neurobiológico.

Essencial destacar, em concordância com Araújo e cols. (2008), que a associação entre *craving* e recaída é importante, mas não é determinística, o que viabiliza e justifica o trabalho de aprimoramento do controle individual no manejo dessa situação de risco.

Conforme introduzido neste tópico, o comportamento de fumar sofre inúmeros condicionamentos. Gigliotti, Carneiro e Ferreira (2001) ilustram que um fumante traga cerca de dez vezes ao fumar um cigarro, abastecendo seu cérebro com nicotina e reforçando o uso desta substância. Calculam que uma pessoa que consome 20 cigarros por dia, ao longo de 30 anos, terá repetido essa ação por mais de um milhão de vezes, o que raramente ocorre com outros comportamentos. Ao final de alguns anos, a enorme frequência com que os cigarros são usados favorece a associação desse uso a diversas situações do dia-a-dia, como: fumar depois das principais refeições, quando se está tenso ou triste, quando se precisa trabalhar sob pressão etc. Após emparelhamentos sucessivos, essas situações, denominadas correntemente de “gatilhos”, adquirem a propriedade de desencadear a vontade de fumar e reforçar a busca da nicotina.

Calheiros (2007), ao dizer dos elementos comportamentais do modelo de automedicação³, particularmente na administração de drogas lícitas como álcool, cafeína e nicotina, enfatizam:

Mesmo antes do advento de áreas especiais para uso de cigarro (fumódromos), o fumante tem na rotina de auto-administração de nicotina, um momento de “parar para fumar,

³ O modelo de automedicação na dependência de drogas postula que o transtorno de uso de substâncias psicoativas pode ser uma forma de enfrentamento ou evitação do estresse emocional que antecederia ao uso de drogas (Carmody, conforme citado por Calheiros, 2007).

engajando-se em comportamentos que afasta, pelo menos temporariamente, a situação estressante”⁴. Nessas circunstâncias a administração de nicotina pode não ser necessariamente o evento primário reforçador, mais do que isso, o parar para esse fim poderia ser o redutor de estresse (p. 34).

Presman (2006) destaca a função de “bengala” do cigarro, servindo como “amortecedor para emoções”, sejam estas desagradáveis ou não. Essa dimensão psicológica ou emocional da dependência da nicotina pode ser identificada na citação anterior, além da dimensão comportamental, ou seja, do hábito.

É importante, enfim, perceber a dependência à nicotina e, conseqüentemente, a complexidade envolvida na cessação do fumar, em sua composição múltipla, integrada e realmente como um processo.

1.5 Tabagismo e transtornos psiquiátricos

Estudos recentes identificam significativa associação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos (Malbergier & Oliveira Jr., 2005; Rondina, Gorayeb & Botelho, 2004; Valença & cols., 2001). A *American Psychiatry Association* reconhece que os transtornos de humor, de ansiedade e outros relacionados a substâncias podem ser mais comuns em indivíduos que fumam do que nos ex-fumantes e naqueles que jamais fumaram (APA, 2002). Sobre a relevância destas questões no contexto atual de tratamento à dependência nicotínica, Malbergier e Oliveira Jr. (2005) enfatizam, com muita propriedade:

À medida que se expande o conhecimento sobre os efeitos deletérios do tabagismo e as possibilidades terapêuticas se multiplicam, o consumo do tabaco tende a concentrar-se nas populações mais pobres, com baixo nível de escolaridade e acometidas por transtornos psiquiátricos (p. 277).

A partir principalmente de dados norte-americanos, Lemos e Gigliotti (2006) substanciam sua abordagem ao tema ressaltando que a proporção de pacientes psiquiátricos que fumam é praticamente o dobro da prevalência deste comportamento na população geral; ainda, dentre as pessoas que não apresentam transtornos psiquiátricos, o índice de sucesso em parar de fumar é três vezes maior que dentre os pacientes psiquiátricos. Inferem que nesta população encontra-se, ao menos em parte, a explicação do porque alguns fumantes não conseguem abandonar o comportamento de fumar, sem auxílio. Gigliotti, Carneiro e Ferreira (2001) destacam que cerca de um terço dos tabagistas apresenta sintomas de ansiedade e depressão, ao que acrescentam: “Quando abandona o

⁴ Grifo do autor.

cigarro, uma parcela significativa dos fumantes com antecedentes de depressão pode apresentar uma síndrome depressiva” (p. 359).

Calheiros (2007) reafirma que os pacientes psiquiátricos apresentam maior vulnerabilidade para dependência de nicotina, sendo a depressão a morbidade mais freqüentemente associada ao consumo de tabaco. Levanta algumas publicações que tratam da relação causa-efeito acerca da comorbidade psiquiátrica e abuso de substância, identificando marcante falta de consenso dentre elas. Numa perspectiva temporal, Lemos e Gigliotti (2006) identificaram três possibilidades de associações entre tabagismo e problemas psiquiátricos na literatura: (a) o transtorno mental precede a dependência nicotínica; (b) o tabagismo causa, ao menos aparentemente, a morbidade psiquiátrica; (c) ambos os transtornos ocorrem na mesma época na vida do indivíduo.

Esses autores esclarecem algumas dessas possibilidades: na primeira situação estão pessoas com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de humor bipolar, transtorno *borderline*, entre outros. Elas são mais suscetíveis à adicção pela nicotina e hipotetiza-se que seja por utilizarem-na para medicar os sintomas da patologia de base. Por sua vez, fumantes deprimidos e esquizofrênicos percebem o cigarro como mais prazeroso e isto minimiza a motivação destas pessoas para deixar de fumar. A segunda possibilidade de associação sustenta-se na evidência de que a abstinência de nicotina pode mascarar síndromes psiquiátricas, como as depressivas, uma vez que nestes casos os sintomas passam em poucas semanas.

Rondina, Gorayeb e Botelho (2004) sugerem que os dados conflitantes da literatura podem estar relacionados à coexistência de diferentes quadros de perturbação psiquiátrica. Acrescentam à compreensão da problemática que variáveis de natureza genética e neurobiológica podem predispor o indivíduo, simultaneamente, ao tabagismo e a determinados quadros psicopatológicos, o que é corroborado por Dierker, Avenevoli, Stolar e Merikangas (2002). Os fatores genéticos parecem concorrer em mais de 67% dos casos ao longo do processo de iniciação, manutenção e dependência de nicotina (Paperwalla, Levin, Weiner & Saravay, 2004).

Quanto à relação entre tabagismo e depressão, alguns estudos têm apontado uma influência recíproca. Rondina e cols. (2004) exemplificam que alguns fumantes deprimidos podem usar o tabaco para aliviar seus sentimentos negativos e este comportamento é reforçado positivamente face à ação da nicotina. No entanto, sob a cessação do consumo, estão mais propensos a desenvolver novo episódio depressivo, aumentando seu risco de recaída, configurando, assim, algum nível de circularidade nessa relação.

De modo geral, os estudos epidemiológicos e clínicos têm demonstrado uma associação positiva entre tabagismo e transtornos de ansiedade, embora menos evidenciada e estabelecida na literatura do que a relação com a depressão. Calheiros (2007) apresenta a hipótese de que o uso de tabaco causaria o aumento de ansiedade. Exemplifica tal hipótese por meio de duas situações, a saber: o estigma social que vem se desenvolvendo em relação ao comportamento de fumar é apresentado como agente causador de estresse negativo, e também a ansiedade experimentada pelos fumantes diante dos sintomas agudos da síndrome de privação no tempo que decorre entre o consumo de um cigarro e o próximo.

Rondina e cols. (2004) identificaram que a natureza da relação entre tabagismo e ansiedade varia conforme o tipo deste distúrbio. Apontaram, por exemplo, que parece haver uma relação inversa entre o fumar e o transtorno obsessivo-compulsivo, ou seja, a prevalência de tabagismo é menor em portadores deste transtorno que na população em geral. Quanto ao pânico, há sinais de que o consumo de nicotina em altas concentrações pode precipitar efeitos psicológicos semelhantes às vivenciadas nas situações de ataque de pânico. Já o estudo de Johnson (citado por Rondina & cols., 2004) revelou que o consumo intenso de tabaco na adolescência esteve associado ao maior risco de ansiedade generalizada, agorafobia e transtorno de pânico no início da vida adulta.

Mesmo que diversos estudos evidenciem associação entre tabagismo e níveis aumentados de ansiedade e depressão, tal associação não é inequívoca; existem pesquisas que não sustentam uma correlação importante entre estas variáveis. Lopes e cols. (2002) realizaram um estudo com 277 pacientes do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro diagnosticados com transtorno de ansiedade, depressão ou transtornos coexistentes (ansiedade e depressão), a fim de verificar a prevalência de fumantes. Compararam os resultados com um grupo controle de 68 pessoas e não encontraram diferenças significativas quanto à frequência do tabagismo nas categorias diagnósticas e no controle.

Similarmente, Munaretti e Terra (2007), ao investigarem 84 pacientes de um ambulatório de psiquiatria em Porto Alegre (RS), encontraram 75% de frequência de transtornos de ansiedade, sendo mais prevalentes a fobia específica e o transtorno de ansiedade generalizada. Dentre os pacientes com transtorno de ansiedade, 46,03% eram tabagistas contra 38,09% dentre os que não tinham este diagnóstico. Tal diferença não foi estatisticamente significativa. Ressaltam, ainda, que em seu estudo o número de cigarros

fumados pelas pessoas com essa patologia foi maior, embora este dado também não tenha alcançado significância estatística.

No que tange ao alcoolismo, Lemos e Gigliotti (2006) destacam que há evidências de que o comportamento de beber precede o de fumar, todavia citam um estudo americano que concluiu que a forte associação entre tabagismo e alcoolismo compartilha das mesmas causas. Assim, “atitudes, influências dos colegas, o papel das demandas sexuais, entre outros fatores, contribuem para moldar esses comportamentos de alto risco nos adolescentes” (p.62).

Guimarães e cols. (2004) avaliaram o consumo de diferentes drogas psicoativas entre estudantes da cidade de Assis (SP) e obtiveram maiores índices de consumo entre as drogas lícitas: álcool (68,9%) e tabaco (22,7%). Quanto ao uso de outras drogas encontraram: solventes (10,0%), maconha (6,6%), ansiolíticos (3,8%), anfetamínicos (2,6%), cocaína (1,6%) e anticolinérgicos (1,0%). Para além das altas prevalências de alcoolismo e tabagismo, isoladamente, a relação entre estas duas adicções está bem estabelecida na literatura científica e pode ser facilmente observada na vida cotidiana.

Em 1998, procedeu-se a um estudo em Porto Alegre (RS) a partir de 1.387 pessoas com 35 anos de idade ou mais, dentre os quais foram identificados 129 alcoolistas (9,3%). Dentre os não-alcoolistas, extraiu-se uma amostra aleatória de igual dimensionamento para fins de comparação e controle. O estudo identificou associação entre a dependência alcoólica e a tabágica, com predominância de fumantes entre os alcoolistas e de não-fumantes entre os não-alcoolistas, uma diferença que foi estatisticamente significativa (Chaieb & Castellarin, 1998).

Verifica-se, finalmente, que nos estudos acerca do tabagismo e questões psiquiátricas, a ênfase recai no âmbito da epidemiologia. Rondina e cols. (2004), corroborando essa constatação, defendem que sejam conjugadas técnicas de coleta de dados de cunho quantitativo e qualitativo (fundamentadas, sobretudo, em relatos dos participantes), que venha a contribuir com o conhecimento científico nessa área e subsidiar a atuação dos profissionais.

1.6 *Coping* ou enfrentamento e a mudança do comportamento de fumar

Diante dos aspectos abordados anteriormente, é forçoso reconhecer que a mudança do comportamento de fumar, sobretudo por tratar-se de uma adicção, não é um processo simples para grande parte dos tabagistas. Muito freqüentemente, aqueles que desejam abandonar esse comportamento vivenciam situações estressoras e precisam de um esforço

adicional para manejá-las. Dentre as condições causadoras de tensão, neste contexto, o *craving* ou fissura se evidencia pelo risco de não manutenção das mudanças alcançadas, isto é, risco de lapso – uso eventual do cigarro, mesmo que seja uma tragada –, ou de recaída⁵, retomar um determinado padrão de consumo.

Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998) apontam que os esforços individuais para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas, têm sido estudados, nas últimas décadas, pela psicologia social, clínica e da personalidade. Dos pesquisadores interessados no desenvolvimento teórico e empírico do conceito de *coping*, ou sua tradução “enfrentamento”, destacam-se Lazarus e Folkman. Numa perspectiva cognitivista, subsidiados por um modelo interativo de estresse, estes autores definem enfrentamento como “os esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança usados para manejar demandas específicas internas e/ou externas que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais” (Lazarus & Folkman, 1984, p.141).

Uma relevante implicação clínica deste conceito é que as estratégias de enfrentamento se apresentam como ações deliberadas que podem ser aprendidas, utilizadas e modificadas, perfazendo um processo dinâmico, relacional, multifacetado, adaptativo e específico às demandas. Apresenta também o entendimento de que a demanda a ser enfrentada advém tanto do ambiente externo (pública) quanto do interno (privada), e é identificada a partir da avaliação feita pelo indivíduo em sua interação com o meio, ou seja, é mediada cognitivamente. Antoniazzi e cols. (1998) enfatizam que a resposta de enfrentamento pode consistir em comportamento privado, quando se trata de um “esforço cognitivo” como planejar e pensar sobre as estratégias disponíveis para solução do problema ou público, referindo-se ao “esforço comportamental”, por exemplo, pedir orientação a alguém.

A busca de suporte ou apoio social, emocional e operacional/instrumental, pode ser considerada uma estratégia de enfrentamento comportamental e este construto tem sido foco de atenção de pesquisas em psicologia da saúde (Abreu-Rodrigues, 2008; Seidl & Tróccoli, 2006). Embora não haja consenso quanto à definição do termo, destaca-se a descrição feita por Cohen, Underwood e Gottlieb do suporte social como “um processo que envolve interações com outras pessoas e que facilita o enfrentamento do estresse e de condições aversivas” (conforme citado por Abreu-Rodrigues, 2008, p.21). Entende-se,

⁵ Recaída é considerada como o uso do cigarro ao menos uma vez ao dia, por sete dias consecutivos.

problema ou a negociação, enquanto o segundo consiste no uso de estratégias que visam reduzir os sentimentos negativos provocados pela situação ameaçadora, tais como, esquiva, distanciamento, distração e comparações a outras situações. As estratégias focalizadas na emoção são utilizadas com mais frequência quando não há ou encontra-se reduzida a possibilidade de mudança das condições ambientais e o indivíduo, nesta perspectiva, procura regular suas respostas emocionais.

No que se refere ao tabagismo, depara-se com um grande desafio, pois este comportamento, bem como o uso de outras substâncias psicotrópicas, pode ser considerado uma estratégia de enfrentamento focalizada na emoção (Lazarus & Folkman, 1984; Kohlsdorf, 2008) para lidar com o estresse e a ansiedade, num processo denominado automedicação (Calheiros, 2007; Gigliotti, Carneiro & Ferreira, 2001). Além disso, possíveis inabilidades sociais, necessidade de aceitação e outros fatores que levam uma pessoa a consumir tabaco fazem do parar de fumar um paradoxo na questão do enfrentamento.

Conforme apresentado, o termo enfrentamento indica o uso de esforços pessoais para administrar demandas, independentemente de seus resultados e, a rigor, não seria possível se estabelecer *a priori* se uma estratégia é mais ou menos adaptativa (Kohlsdorf, 2008). Ainda, sobre a especificidade necessária à abordagem e avaliação das estratégias de enfrentamento, sobretudo em situação de pesquisa, Coyne e Racioppo (2000) sublinham a importância de se referir aos objetivos da pessoa, pois eles organizam e direcionam os esforços de *coping*. Todavia, se o sujeito utiliza o cigarro, por exemplo, diante de um problema familiar visando diminuir sua tensão, e nesse sentido esse ato seria considerado funcional sob a perspectiva dele naquele momento, numa percepção mais ampla esse comportamento precisa ser ponderado face à associação do tabagismo a diversas morbidades e a altos índices de mortalidade.

Acerca da avaliação de situações específicas como sobrecarga, já em 1966, Lazarus (conforme citado por Kohlsdorf, 2008) considerava seu caráter antecipatório, o que envolve expectativas sobre seus recursos pessoais e os disponíveis no contexto. Por sua vez, Coyne e Racioppo (2000) afirmaram, mais recentemente, que os resultados adaptativos parecem estar bastante relacionados a expectativas de auto-eficácia. Considerando ainda as evidências empíricas de que os fumantes com graus de dependência mais altos tendem a manifestar a percepção de dificuldade de abandonar o vício e pouca autoconfiança (Rondina, Gorayeb & Botelho, 2007), é de especial interesse ao estudo do enfrentamento conceituar tecnicamente o termo auto-eficácia.

De modo bem pontual, entende-se por auto-eficácia a crença da pessoa em sua capacidade de organizar e executar determinadas ações com sucesso (Bandura, 1994). Segundo a Teoria do Aprendizado Social de Bandura, a ocorrência de certo comportamento é influenciada pelas expectativas que se tem do resultado desta ação, do valor que este resultado trará e da situação psicológica em que este comportamento ocorre. Em outras palavras, se a pessoa se sente capaz de manejar adequadamente um comportamento em uma situação específica, tem-se o que é chamado de expectativa de auto-eficácia (Araújo & cols., 2008).

Lazarus (2000) avalia que, de modo geral, houve um fortalecimento metodológico das pesquisas acerca do construto *coping* ou enfrentamento. Constata-se, realmente, que a temática tem despertado grande interesse na literatura psicológica (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001, Kohlsdorf, 2008). Os estudos sobre *coping* têm contribuído para prover compreensão acerca da mudança de comportamento em adições, notadamente no sentido de manter a abstinência e prevenir recaídas (Becoña, 2004; Glasgow, Klesges, Mizes & Pechacek, 1985; O'Connell, Hosein, Schwartz & Leibowitz, 2007; Shiffman & Jarvik, 1987).

Glasgow e cols. (1985) realizaram uma pesquisa do tipo *follow-up* sobre estratégias utilizadas para a cessação do tabagismo, incluindo o suporte social recebido neste processo. Os participantes deste estudo relataram o uso mais freqüente de respostas de enfrentamento do tipo cognitivas e, em menor freqüência a utilização de estratégias comportamentais. Acrescentaram que a única variável preditora do sucesso da mudança da conduta de fumar foi o grau de estresse percebido. Shiffman e Jarvik (1987) investigaram 264 ex-fumantes quanto aos determinantes situacionais do *coping* face ao desejo de fumar, ou *craving*. Verificou-se que as estratégias de *coping*, tanto cognitivas quanto comportamentais, foram mais acionadas no período inicial da abstinência e em situações nas quais os sujeitos habitualmente fumavam.

Em um estudo de revisão sobre as principais técnicas de intervenção psicológica junto a tabagistas, Becoña (2004) ressalta a eficácia da solução de problemas enquanto estratégia de enfrentamento para resistir a recaídas. De acordo com este autor, a literatura tem indicado que combinar respostas de enfrentamento cognitivas e comportamentais confere maior proteção em situações agudas da síndrome de abstinência.

Outro interessante estudo empírico foi efetuado por O'Connell e cols. (2007). Estes pesquisadores buscaram determinar se os tipos de estratégias de *coping* têm efeitos diferenciados na prevenção de lapsos e investigar os mecanismos pelos quais estas

estratégias atuam durante o processo de mudança do comportamento tabagista. Valeu-se de um recurso metodológico que vem sendo utilizado em pesquisas norte-americanas sobre *coping* conhecido como EMA (*Ecological Momentary Assessment*) e que avalia o fenômeno a partir de registros feitos no momento em que ele ocorre e em situação natural. Após treinamento, os sujeitos utilizaram computadores e gravadores portáteis para registrar suas estratégias de enfrentamento e o nível do desejo de fumar imediatamente antes e depois da situação de *craving*. A partir dos dados obtidos, os autores concluíram, corroborando os apontamentos de Becoña, que o uso de múltiplas estratégias de *coping* ajuda as pessoas a resistirem à tentação de fumar e que não existe uma estratégia específica que funcione melhor.

1.7 O Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento

O Modelo Transteórico, cujo maior representante é o pesquisador americano James O. Prochaska, tem constituído o aporte conceitual para o estudo da motivação e prontidão para a mudança de diferentes comportamentos prejudiciais à saúde e também para a adoção de hábitos saudáveis (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, Johnson & Lee, 1998; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). As bases do modelo foram lançadas na década de 70, e ainda hoje, o grupo de pesquisa do *Cancer Prevention Research Center* da *University of Rhode Island* continua investindo esforços em seu aprimoramento teórico-metodológico.

Em 1979, Prochaska procedeu a uma análise comparativa das principais teorias de intervenção psicológica e, identificando seus pontos de convergência sobre os processos pelos quais as pessoas modificam seus comportamentos, esboçou o Modelo Transteórico. De acordo com Prochaska e cols. (1998), à época, podiam-se identificar mais de 300 propostas psicoterápicas, de forma marcadamente fragmentada. No modelo emergente, foram integrados aspectos de mais de 29 teorias, como por exemplo: cognitivo-comportamental, existencial/humanista, psicanálise e gestalt/experiencial (Szupzynski, 2006).

Algumas abordagens consideravam a necessidade de ajuda formal para a mudança de comportamentos não salutareis, outras diziam que o suporte profissional era prescindível e havia aquelas que afirmavam que a mudança podia ocorrer com ou sem auxílio (Prochaska & cols., 1992). Contudo, o que buscavam encontrar com o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTMC) eram princípios básicos e comuns

que pudessem revelar a estrutura da mudança ocorrida com e sem psicoterapia (Orsi & Oliveira, 2006).

Os pioneiros do modelo defendiam que avaliar a motivação para mudança seria um aspecto primordial para o uso de intervenções adequadas, independente do tratamento utilizado. Orsi e Oliveira (2006) reafirmam que, enquanto algumas abordagens focalizam as influências sociais ou biológicas nas alterações comportamentais, a ênfase do MTMC é a tomada de decisão da pessoa. Trata-se de uma mudança intencional, que envolve cognição, emoção e comportamento, sendo sua avaliação baseada no auto-relato (Baldisserotto, 2007).

Mudar um comportamento é, pois, compreendido como um processo, e não um evento, envolvendo progressos mediante uma série de estágios motivacionais, o que demonstra o caráter dinâmico e a dimensão temporal do Modelo Transteórico. Tendo em vista tal compreensão, Prochaska e cols. (1992) apresentam como premissa que as automudanças bem-sucedidas dependem da aplicação de estratégias certas (processos) no momento certo (estágios). Os processos de mudança a que se referem podem ser traduzidos como as atividades que as pessoas utilizam para progredir pelos estágios. Ou, como resume Szupzynski (2006), qualquer atividade que ajude na modificação do comportamento, sentimento ou forma de pensar.

Os estágios de mudança de comportamento, de acordo com Prochaska e cols. (1998) são: pré-contemplação, contemplação, preparação (às vezes chamado de determinação), ação, manutenção e terminação. Todavia, este último não tem recebido grande suporte empírico, uma vez que é definido como o estágio no qual o indivíduo não tem, absolutamente, tentação e tem 100% de auto-eficácia. “Não importa se está depressivo, ansioso, cansado, sozinho, faminto ou estressado, pois tem a certeza que não retornará para o antigo hábito não saudável. É como se ele nunca o tivesse adquirido” (p. 61). Este é o estágio que pode ser visto como um ideal para a maioria das pessoas, e não tem sido considerado para efeito de pesquisas. A Tabela 2 descreve de forma bastante sumária e didática os cinco estágios e inclui sugestões para a abordagem terapêutica das pessoas identificadas em cada um deles.

Interessante notar que, sendo a ação um aspecto observável, a mudança comportamental é muitas vezes equacionada a ela, porém, na perspectiva do MTMC, equivale a parte de um processo mais amplo, reconhecidamente mais complexo. Ainda na referida publicação (Prochaska & cols., 1998), é ressaltado que os programas tradicionais de promoção de saúde não se encontravam aptos para atender às necessidades dos

indivíduos em fase de pré-contemplação e contemplação, pois, geralmente eram considerados resistentes à intervenção. E também que aqueles sujeitos que estão se preparando ou se determinando a si mesmos para mudar deveriam ser identificados e recrutados para programas de ação orientada como cessar de fumar, perder peso ou fazer exercícios físicos.

Tabela 2. Estágios motivacionais segundo o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, de acordo com Orsi e Oliveira (2006).

Estágio	Características	Abordagem terapêutica
Pré-contemplação	A pessoa sequer consegue identificar que tenha um problema. Não apresenta a intenção de mudar o comportamento nos próximos seis meses*. Os pré-contempladores tendem a ser identificados em exames médicos de rotina.	Levantar dúvidas, fazer com que a pessoa possa aumentar sua percepção dos problemas causados pelo comportamento atual.
Contemplação	A pessoa já tem alguma consciência do problema e está pensando seriamente em mudar o comportamento nos próximos seis meses. Aqui a marca mais importante é o alto nível de ambivalência apresentado. A mudança passa a ser tanto considerada quanto rejeitada.	Buscar as razões para a mudança, os riscos de não mudar, fortalecer a crença do paciente sobre as possibilidades da mudança.
Determinação	Existe a intenção de mudar o comportamento em um futuro próximo, geralmente no próximo mês. Desenvolve-se um plano para concretizar a mudança.	Auxiliar o paciente a definir a forma mais apropriada de conseguir as mudanças que deseja.
Ação	Houve mudanças significativas no estilo de vida dentro dos últimos seis meses. Existe engajamento em ações significativas na busca da mudança.	Ajudar o paciente rumo à mudança.
Manutenção	Menor possibilidade de recaída e aumento na confiança de que pode continuar seu processo de mudança.	Auxiliar o paciente a identificar estratégias de prevenção à recaída.

*É utilizado o padrão de seis meses porque se considera que este é o futuro mais distante no qual as pessoas planejam mudanças específicas para comportamentos-problema.

Inicialmente, os estágios de mudança foram descritos como uma porta giratória, numa concepção de circularidade, e mais recentemente, Prochaska e cols. (1992) apresentaram um modelo em espiral (Figura 4). Segundo Figlie (1999), esta representação tem se mostrado mais adequada para descrever como a maioria das pessoas se move rumo à modificação comportamental, pois “o movimento progressivo através dos estágios está longe de ser o padrão habitual de mudança” (p.20). Admite-se, neste modelo, que a pessoa

pode voltar à pré-contemplação mais de uma vez, antes de chegar ao término do problema, sem que se faça referência ao tempo necessário para o indivíduo transitar pelos estágios.

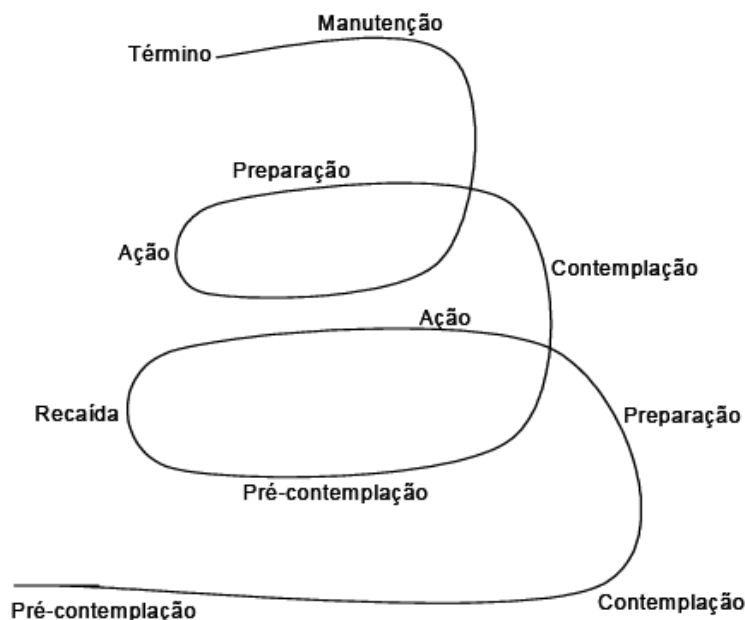


Figura 4. Modelo em espiral dos Estágios de Mudança de Prochaska e cols. (1992).

Fonte: Figlie (1999)

Numa análise empírica realizada no início dos anos 80, Prochaska e Diclemente (1983) investigaram 872 fumantes, classificando-os nos seguintes estágios: pré-contemplação, contemplação, ação, manutenção e recaída, a fim de verificarem os processos de mudança mais característicos em cada estágio. Identificaram dez processos específicos, atividades explícitas ou não, que as pessoas realizavam de acordo com sua evolução no processo motivacional. Os resultados mostraram que no processo de modificação de comportamento, as pessoas: (a) usam o menor número de processos durante a pré-contemplação; (b) enfatizam o aumento da consciência no estágio de contemplação; (c) valem-se mais da reavaliação de si durante a contemplação e ação; (d) focalizam a auto-liberação, as relações de ajuda e o gerenciamento de recompensas durante a ação; e (e) usam predominantemente o contra-condicionamento e o controle de estímulos em ambos: ação e manutenção. Além dos processos mencionados, encontraram também ativação emocional e dramatização, reavaliação ambiental e liberação social.

De acordo com Calheiros, Andretta e Oliveira (2006), a possibilidade de mudanças aumenta com a utilização de recursos ambientais e sociais (escola, trabalho, grupo de

amigos, uso de tempo livre, grupos de apoio e grupos de ajuda mútua). Assim, a maior implicação pragmática do construto processos de mudança, e em última análise, do próprio MTMC, é fornecer orientações para programas de intervenção.

Figlie (1999) exemplifica o mencionado com algumas situações: pacientes em estágio de pré-contemplação deveriam ser ajudados a reconhecer e desenvolver consciência de seus problemas em vez de serem diretamente guiados para a abstinência. Os pacientes no estágio da contemplação mostram-se abertos às intervenções que aumentem a consciência (métodos educacionais e auto-monitoramento), mas tendem a resistir às orientações diretivas para ação. No estágio de ação, os pacientes necessitam de ajuda prática com procedimentos de mudança comportamental.

Outra noção fundamental no modelo é a de prontidão para a mudança. Szupzynski (2006), ao ressaltar que este seja um conceito mais abrangente, acrescenta:

A prontidão não é definida como, somente, uma localização em um estágio ou outro, mas indica uma vontade de se inserir em um processo pessoal ou de adotar um novo comportamento, representando uma mudança paradigmática em relação ao comportamento-problema e o estabelecimento de um foco na motivação (p. 46).

Neste sentido, DiClemente e cols. (2004) distinguem prontidão para mudança de prontidão para tratamento. A primeira envolve a conscientização da pessoa quanto a seu problema somada a uma confiança em suas habilidades para mudar, enquanto a prontidão para tratamento se relaciona à motivação para procurar ajuda, para iniciar, manter e terminar um tratamento. Os dois aspectos, não são, necessariamente, coincidentes. Um usuário de substância psicoativa pode procurar um tratamento e iniciá-lo (alta prontidão para tratamento), sem estar realmente pronto para permanecer em abstinência das drogas (baixa prontidão para mudar o comportamento-problema).

Apesar de importantes críticas sobre o modelo, encontradas na literatura e pontuadas por Figlie (2004), quais sejam: os estágios focalizam variáveis psicológicas, sem menção a fatores ambientais e estruturais; as relações entre os estágios não são claras; o modelo é mais descritivo que explicativo, dentre outras, diversos estudos têm reafirmado sua utilidade prática.

Quanto à aplicação deste modelo, Baldisserotto (2007) enfatiza que tem demonstrado ser capaz de aumentar o impacto dos programas de intervenção. Szupzynski (2006) ressalta sua contribuição aos profissionais na possibilidade de prever os índices de adesão e abandono dos tratamentos, bem como no aumento dos percentuais de abstinência de drogas. Em Figlie e Laranjeira (2004) pode-se encontrar um amplo levantamento de

sugestões de atuação consoantes com o estágio motivacional do paciente, com vistas à estimulação dos processos de mudança. Embora no artigo em questão, os autores abordem especificamente o tratamento da dependência do álcool, as orientações são igualmente válidas para a intervenção a quaisquer dependências química.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo adota em seus pressupostos teóricos as diretrizes do MTMC. Este programa de intervenção para a mudança do comportamento de fumar será apresentado no tópico a seguir.

1.8 O Programa Nacional de Controle do Tabagismo

Diversas publicações, sobretudo veiculadas pelo Ministério da Saúde, têm enfatizado que o Brasil está conseguindo escapar da tendência de crescimento do consumo de tabaco, mesmo sendo o segundo maior produtor mundial e o maior exportador de tabaco em folhas, e apesar de ser um país em desenvolvimento, de ter dimensões continentais e quase 200 milhões de habitantes (Cavalcante, 2005, 2009; Ferreira, 2006).

As manifestações organizadas para controle do tabagismo no Brasil foram se evidenciando a partir da década de 70, inicialmente por iniciativa de profissionais isolados, associações médicas, religiosas e outras ONG, sem nenhum apoio governamental. Os primeiros projetos de lei restritivos, campanhas e programas de educação em saúde, principalmente dirigidos a escolares, emergiram deste contexto. Assim, o tabagismo que antes tinha a conotação de charme e elegância, vem se transformando gradativamente num comportamento indesejável e essa mudança de paradigma está bastante associada a todo esse processo de mobilização social (Brasil, 2001; Silva, Dibai & Cadê, 2008).

Desde 1989, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer, assumiu uma participação mais ativa neste cenário e lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), numa perspectiva de Promoção da Saúde. O Programa é desenvolvido em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde. Tem o objetivo de minimizar a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil e para tanto, o Programa abrange ações para diminuir a iniciação do tabagismo entre jovens, promover a cessação de fumar e reduzir a exposição à fumaça ambiental do tabaco.

Até 1996, as ações educativas foram mais pontuais, passando, então, a incluir ações contínuas. São exemplos de ações realizadas pelo Programa, segundo informações do Ministério da Saúde: capacitação de profissionais de saúde e financiamento de práticas

voltadas para a abordagem e tratamento do fumante na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), elaboração de um consenso nacional sobre métodos eficazes para cessação do tabagismo, divulgação desses métodos através de campanhas, da mídia, e de eventos dirigidos a profissionais de saúde e implantação do Disque Pare de Fumar com inserção do número desse serviço nas embalagens dos produtos derivados de tabaco ao lado de advertências sanitárias consideradas contundentes.

Nesse cenário, a freqüente reiteração dos dados de pesquisa sobre a dificuldade que as pessoas vivenciam ao tentar abandonar o tabagismo (Benowitz, 1999; Issa, Forti, Giannini & Diamant, 1998), e o decorrente aumento da procura por apoio para deixar de fumar, impulsionou o interesse de profissionais de saúde para atender tal demanda e a necessidade de qualificação desses profissionais (Brasil, 2001, Brasil, 2004d). E, para que essas ações de prevenção de câncer em território nacional pudessem atingir toda a população, a direção nacional do programa lançou mão, estrategicamente, do sistema de gestão descentralizado do SUS em parceria com os estados e municípios.

Assim, o INCA vem capacitando os recursos humanos das equipes coordenadoras dos estados (Secretarias Estaduais de Saúde e Educação), que, por sua vez, capacitam as equipes coordenadoras dos municípios (Secretarias Municipais de Saúde e Educação), para desenvolverem atividades de gerenciamento operacional e técnico do Programa. Estes últimos capacitam os profissionais em seus locais de trabalho nas unidades de saúde, ambientes de trabalho e escolas, respectivamente. Os módulos são denominados: Saúde e Coerência (Unidades de Saúde), Prevenção Sempre (Ambientes de Trabalho) e Saber Saúde (Escolas).

O Módulo “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar” faz parte do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, precisamente do subprograma de Cessação do Tabagismo. O objetivo deste subprograma é aumentar o acesso dos fumantes aos recursos existentes para a cessação do tabagismo, sensibilizar e capacitar profissionais de saúde, sensibilizar gestores para inserir o tratamento do fumante na rotina de assistência à saúde e organizar a rede de saúde para atender a demanda de fumantes que desejam parar de fumar. Ele pode ser inserido tanto no Módulo Saúde e Coerência, através das unidades de saúde, quanto no Módulo Prevenção Sempre, cujo canal são os ambientes de trabalho. Frisa-se, ainda, que as unidades de saúde que implementam este trabalho passaram a ser reconhecidas como Centros de Referência para o tratamento do fumante.

Para o presente estudo, interessa descrever melhor o Módulo “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar”, que tem como fundamentação teórica a abordagem cognitivo-comportamental e é dividido em duas estratégias: abordagem mínima ou básica e abordagem intensiva ou específica. Essas estratégias são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3. Descrição sumária do módulo “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar”.

Abordagem Intensiva	Abordagem Mínima
Quem? Profissionais capacitados e envolvidos	Quem? Profissionais capacitados
Quando? Consultas ou reuniões de 90 minutos (locais específicos)	Quando? Breve abordagem na rotina de atendimento do profissional de saúde (3 a 5 minutos)
Como? Assistência estruturada:	Como? Estimulando mudança de comportamento
4 sessões semanais	Abordagem breve/mínima: (PAAP)
2 sessões quinzenais	Perguntar/Avaliar/Aconselhar/Preparar
1 sessão mensal	Abordagem básica: (PAAPA)
Abordagem específica ou intensiva:	Perguntar/Avaliar/Aconselhar/Preparar/Acompanhar
Individual ou em grupo	Resultados: 10-13% em 1 ano
Resultados: 30-35% de cessação em 1 ano	

Fonte: Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer – Coordenadoria Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância do Câncer, 1997; 2001.

De acordo com o Consenso à Abordagem e Tratamento do Fumante (Brasil, 2001), a abordagem mínima consiste em uma breve ação estruturada realizada na rotina de atendimento de qualquer profissional de saúde, com duração de três a cinco minutos, para mudar o comportamento do fumante através do método PAAPA (Pergunte, Avalie, Aconselhe, Prepare e Acompanhe).

A abordagem intensiva é realizada em ambulatório específico para atender os fumantes que desejam parar de fumar, sendo feita individualmente ou em grupo de apoio, através de sessões estruturadas. As sessões devem ser coordenadas por dois profissionais de saúde de nível superior, sendo que as quatro primeiras possuem um roteiro com os seguintes temas: preparar o fumante para soluções de seus problemas; estimular habilidades para resistir às tentações de fumar; preparar para prevenir a recaída; preparar o fumante para lidar com o stress. Existe um manual de orientação do coordenador do trabalho e manual do participante em quatro volumes, fornecidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004d). Depois desse primeiro mês de atendimento, devem ocorrer duas sessões grupais quinzenais e posteriormente, mensais até que a pessoa complete um ano sem o uso do tabaco; correspondem a sessões de manutenção.

Tanto na abordagem mínima quanto na abordagem intensiva, os fumantes que apresentarem um alto grau de dependência física à nicotina podem se valer de um apoio medicamentoso, de acordo com o referido Consenso (Brasil, 2001). Todavia, ressalta-se que, recentemente, a comunidade científica norte-americana revisou esta orientação numa atualização do *Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence*, indicando que os fumantes podem utilizar os medicamentos comprovadamente eficazes para a cessação do tabagismo sempre que o desejarem ou mesmo devem ser encorajados ao uso, exceto quando forem contra-indicados (Fiore, Jaén & Baker, 2008).

Os medicamentos utilizados no Brasil são classificados como de primeira linha, a saber: Terapia de Reposição de Nicotina, através do adesivo transdérmico (21mg, 14mg e 7mg) e goma de mascar de nicotina (2mg) e o cloridrato de bupropiona (150mg). O uso destes medicamentos foi regulamentado pela Portaria SAS/MS 442/04 (Brasil, 2004d).

A abordagem intensiva é realizada em sessões periódicas, de preferência em grupo de apoio, o que é a prática mais comum no sistema público de saúde do Distrito Federal. Tem na abordagem cognitivo-comportamental seu principal aporte teórico-prático, combinando intervenções cognitivas com treinamento em habilidades comportamentais, envolvendo: (a) a detecção de situações de risco de recaída; (b) o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Dentre as várias estratégias empregadas neste tipo de abordagem tem-se, por exemplo, a auto-monitoração, o controle de estímulos, o emprego de técnicas de relaxamento, procedimentos aversivos. Em essência, esse tipo de abordagem envolve o estímulo ao autocontrole ou auto-manejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência e a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento (Brasil, 2001).

Pode-se reiterar, a partir da contribuição de Silva e Serra (2004), que a abordagem intensiva assume uma postura diretiva e ativa, na medida em que se refere a um tratamento limitado no tempo, orientado em uma meta e que utilizam sessões estruturadas. Enfatiza-se, ainda que os medicamentos têm função auxiliar nesse processo de cessação tabágica, na medida em que minimizam os sintomas físicos da síndrome de abstinência e facilitam as mudanças comportamentais.

Sobre a eficácia das duas formas de abordagem, Viegas (2006) apresenta que a partir da intensiva conseguem-se maiores percentuais de abstinência se comparada à mínima ou breve, que é de aproximadamente, 10%. No entanto, seu impacto social é reduzido porque muitas pessoas não têm acesso a esse tipo de tratamento. Destaca a importância de os profissionais de saúde assumirem o compromisso de realizar a abordagem mínima em sua

prática cotidiana, principalmente em função da legitimidade, oportunidade e credibilidade para suscitar a mudança do comportamento tabagista.

Ainda sobre as formas de tratamento ao fumante, Menezes e Achutti (2000) salientam que o aconselhamento, reposição com nicotina e uso de fármacos como a bupropiona elevam as taxas de abandono do vício do fumo em até 36%. Reichert e cols. (2008) concluem que o aconselhamento individual intensivo tem apresentado melhores resultados quando aplicado por médicos, seguido por equipes multiprofissionais, dentistas e enfermeiras.

Ressalta-se, complementarmente, que o conhecimento sobre o perfil tabagista ou não dos profissionais de saúde, sobretudo da classe médica, bem como o preparo destes para as intervenções para a mudança do comportamento de fumar, tem despertado interesse entre os pesquisadores e órgãos governamentais. Viegas, Andrade e Silvestre (2007) destacam que as pesquisas sobre a prevalência de fumantes entre os médicos são consideradas prioritárias pela OMS, face ao papel fundamental que desempenham na prevenção, orientação e cessação do tabagismo entre seus pacientes e na população em geral.

Também, uma pesquisa realizada em 1996, em 46 escolas médicas em dez países da América do Sul, na qual o Brasil contribuiu com 50% das instituições pesquisadas, apenas 37% das escolas abordavam o tabagismo de forma sistemática e apenas 29% ensinavam técnicas para o médico apoiar seu paciente fumante no processo de cessação de fumar (Richmond & cols., conforme citado por Cavalcante, 2001). Já Reichert e cols. (2008) apontam que o tabagismo é visto pelos médicos fumantes como um “hábito” que, de alguma forma, podem controlar ou deixar. Sua pesquisa identificou, dentre outros aspectos, que os médicos se tornaram dependentes ainda adolescentes, são pouco sensíveis a mudar o comportamento e vivem em conflito por conhecerem os efeitos nocivos do tabaco. Para os médicos não-fumantes, ao contrário, é uma dependência que precisa ser tratada. As taxas de cessação são similares às dos demais fumantes: 30-70% (12 semanas) e 18-40% (52 semanas).

Dados do Ministério da Saúde, obtidos em site oficial⁶ revelaram que até dezembro de 2001, 3.588 municípios contavam com profissionais capacitados para ações gerenciais e educativas nos 26 estados da União e no Distrito Federal. À época já contavam também com 66 unidades de saúde públicas em todo o país com ambulatórios para

⁶ www.saude.gov.br/

tratamento de fumantes implantados e em funcionamento, de acordo com a ação “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar” - Abordagem Intensiva.

No entanto, em se consultando bancos de dados nacionais, verificou-se que existem pouquíssimas publicações científicas que declararam ter utilizado os campos de intervenção do PNCT como base de suas pesquisas. Em algumas, como em Ismael (2007) o programa chega a ser mencionado, mas em raros trabalhos como o de Otero e cols. (2006) as diretrizes nacionais são consideradas ou são considerados os fatores associados ao seu contexto de aplicação. Conseqüentemente, as principais publicações relacionadas ao PNCT tem sido de iniciativa governamental.

Apesar da deficitária produção científica nesse cenário, enfatiza-se, a partir de dados institucionais, que a queda de 40% na prevalência de fumantes no país, entre 1989 e 2003 (Brasil, 2003, 2004a) e a significativa redução entre 1989 e 2006, apontada por Iglesias, Jha, Pinto, Silva e Godinho (2008) podem estar associadas aos resultados favoráveis do PNCT. Estes últimos autores, representando diferentes entidades nacionais e internacionais interessadas no tabagismo, realizaram recentemente um estudo cujo objetivo foi avaliar a situação relativa a essa problemática no Brasil e o papel desempenhado pelo PNCT, comparando-o à experiência de outros países.

Apesar dos avanços alcançados, identificaram fragilidades atuais nos mecanismos de transferência de recursos da esfera estadual para os estados e municípios. Alertaram quanto à necessidade de revitalização da rede descentralizada de gestão de controle do tabagismo e quanto à existência de demanda para a expansão do programa, com conseqüente necessidade de treinamento de pessoal, além de melhor interação entre as instâncias do SUS. Tais avaliações são confirmadas por Cavalcante (2009).

Após apresentação das principais bases teórico-conceituais relevantes ao estudo, bem como de um sistemático olhar sobre a produção científica e institucional acerca do tabagismo, proceder-se-á à exposição dos objetivos definidos para a presente pesquisa.

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivo Geral

Investigar a ocorrência de mudança do comportamento de fumar, e fatores associados a esse processo, em pessoas que participaram de intervenções grupais em unidades públicas de saúde do Distrito Federal que aplicam a metodologia do PNCT.

Objetivos Específicos

1. Descrever o comportamento de fumar anterior à intervenção, segundo relato dos participantes;
2. Identificar os motivos que levaram à procura do tratamento para a mudança do comportamento tabagista, bem como as expectativas sobre resultados da participação no grupo;
3. Verificar a frequência de egressos dos grupos que estavam abstinentes ou mantinham a conduta de fumar;
4. Levantar as estratégias cognitivas e comportamentais adotadas para o enfrentamento da síndrome de abstinência, especialmente o manejo da fissura;
5. Identificar, a partir do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, o estágio motivacional ou estágio de prontidão para mudança (pré-contemplação, contemplação, ação ou manutenção) do participante à época da pesquisa;
6. Identificar a ocorrência de ansiedade e de depressão nos participantes e possíveis associações com a manutenção ou mudança do comportamento de fumar;
7. Investigar a ocorrência de associação entre variáveis sociodemográficas, bem como variáveis do comportamento de fumar e relativas ao tratamento, com a condição de *fumando* e *não fumando* à época da entrevista.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento

A presente pesquisa teve um delineamento descritivo-exploratório, de corte transversal, com amostra de conveniência. Caracterizou-se, também, como um estudo retrospectivo quanto à obtenção de alguns dados e, complementarmente, documental. Para o alcance dos objetivos propostos, foram utilizadas técnicas quantitativas e qualitativas de coleta e análise de dados, como será apresentado neste capítulo.

3.2 Participantes

A amostra foi composta de 63 pessoas, sendo tal dimensionamento justificado pela viabilidade prática do estudo e por permitir análises estatísticas para as quais é necessário um número de participantes maior ou igual a 30 (Dancey & Reidy, 2006).

Integraram a amostra 22 homens e 41 mulheres, com idades entre 30 e 73 anos ($M=49,63$ anos; $DP=10,24$), que participaram de intervenção em grupo para o tratamento do tabagismo há no mínimo seis e no máximo doze meses, em uma das quatro unidades públicas de saúde do Distrito Federal escolhidas para o estudo. O tempo médio decorrido desde a participação nos grupos foi de 9,06 meses ($DP=1,83$), sendo que a maior concentração foi de pessoas que haviam participado do tratamento há 11 meses ($n=16$).

Além do tempo decorrido entre a participação nos grupos e a realização da pesquisa, também foram definidos como critérios de inclusão que a pessoa tivesse mais de dezoito anos, cursado no mínimo o terceiro ano do ensino fundamental e comparecido a três ou mais encontros do grupo de tratamento. Duas pessoas entrevistadas foram excluídas da amostra por não atenderem a todos os critérios acima mencionados: uma por constatar-se que esteve presente em menos de três sessões e outra por ter estado no grupo há vinte meses.

A caracterização da amostra, quanto aos demais aspectos sociodemográficos e ao comportamento tabagista, será apresentada no Capítulo 4, dedicado aos resultados.

3.3 Locais de coleta de dados

Quando da definição dos locais de coleta de dados, havia no Distrito Federal 35 unidades de saúde aptas a realizarem o subprograma do PNCT, “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar”, em sua abordagem intensiva/grupal, segundo informações da Gerência de Prevenção da Coordenadoria do Câncer, da Secretaria de Estado de Saúde. Isso

pressupunha que pelo menos um profissional com escolaridade de nível superior da unidade tivesse participado do curso de capacitação e submetido o projeto a essa Gerência e à chefia de seu estabelecimento de saúde para o início dos atendimentos. Em 32 o Ambulatório de Tabagismo (AT) estava em efetivo funcionamento, sendo que 24 unidades, à época, estavam cadastradas e reconhecidas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde), do Ministério da Saúde.

As unidades apresentavam diferentes contingências para o atendimento, tanto no que se referia à composição da equipe multiprofissional (quantitativo e categorias profissionais envolvidas), ao número e esquema de sessões de grupo que eram efetivamente realizadas, quanto à possibilidade de dedicação às atividades relacionadas ao tabagismo, já que a maioria dos profissionais tinha outras atribuições em suas unidades. As equipes tinham autonomia para se organizar conforme suas condições de trabalho, mantendo algum nível de padronização dos atendimentos grupais em função do uso do material de apoio (Manual do Participante e Manual do Coordenador) fornecido pelo Ministério da Saúde e também devido à capacitação inicial e continuada. A capacitação continuada acontecia em reuniões mensais com a Gerência com fins de supervisão e de atualização técnica.

À guisa de complementação, destaca-se que cada equipe contava com a participação de um médico, devido à dispensação de medicamentos e que, no âmbito do DF, o programa tinha um médico psiquiatra que dedicava aproximadamente dez horas semanais para atender os encaminhamentos de pacientes que apresentam transtorno mental significativo e estão em atendimento nos AT.

Os principais critérios de inclusão das unidades de onde se selecionou os participantes para o estudo, foram: o registro no CNES e o tempo de funcionamento das atividades do AT, definido como superior a três anos, a fim de se minimizar a variabilidade na aplicação do método de trabalho da equipe sobre os resultados. Das 24 unidades elegíveis, decidiu-se incluir quatro, o que representou cerca de 20% do total. Cuidou-se também para que houvesse uma racionalidade na distribuição geográfica das unidades – duas do Plano Piloto: Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) e Centro de Saúde de Brasília nº 08 da Asa Sul, e duas de distintas cidades-satélites: Hospital Regional do Guará (HRGu) e Policlínica de Taguatinga.

Na Tabela 3 estão descritos sumariamente alguns aspectos da execução do programa nas quatro unidades considerados relevantes ao estudo, de acordo com informações obtidas nos próprios serviços. Para o cálculo do tempo de atuação da unidade

no subprograma “Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar”, ou seja, do Ambulatório de Tabagismo, foi tomado como marco inicial o mês em que a respectiva equipe começou a realizar as intervenções grupais, e como referência final o mês de junho de 2008, quando a maioria dos participantes foi entrevistada.

Tabela 4. Caracterização da atuação do Ambulatório de Tabagismo nas unidades de saúde selecionadas.

Aspectos do atendimento	HRAN	CSB 08	HRGu	Policlínica
Tempo de funcionamento do programa até a coleta de dados	04 anos e 09 meses (início em setembro/2003)	03 anos e 10 meses (início em agosto/2004)	03 anos e 06 meses (início em dezembro/2004)	04 anos e 01 mês (início em maio/2004)
Composição da equipe multiprofissional	01 médica do trabalho 01 técnica em enfermagem 01 assistente social	01 assistente social 01 médica clínica 01 técnica em enfermagem	01 psicóloga 01 médica e acupunturista 01 enfermeira 01 auxiliar de enfermagem 01 médico pneumologista	01 assistente social 01 médico clínico 01 dentista 01 auxiliar de enfermagem 01 auxiliar administrativo
Número e frequência das sessões grupais	04 semanais	04 semanais + 02 quinzenais + 02 mensais	06 semanais + 02 semestrais	04 semanais + 1 mensal + 04 bimestrais
Outras iniciativas da equipe na questão do tabagismo	Nenhuma	Reunião anual para entrega de certificado àqueles que completaram um ano de abstinência do cigarro; apresentação de trabalhos em congressos*; participação em feira de saúde (DF)	Reunião anual para entrega de certificado aos aqueles que completaram um ano de abstinência do cigarro	Reunião anual para entrega de certificado aos aqueles que completaram um ano de abstinência do cigarro; atividades preventivas nas datas pontuais**

*Participação por três vezes em congressos internacionais realizados no Rio de Janeiro, com apresentação de quatro trabalhos, tendo sido um premiado como melhor trabalho da categoria tabagismo.

**Datas pontuais são ocasiões comemorativas, cujo objetivo principal é divulgar os malefícios e riscos causados pelo tabaco (Dia Mundial sem Tabaco - 31 de maio; Dia Nacional de Combate ao Fumo - 29 de agosto; Dia Nacional contra o Câncer - 27 de novembro).

Profissionais das equipes destacaram que faziam busca ativa ao telefonar para convidar os ex-participantes dos grupos para a reunião anual de confraternização e entrega dos certificados por tempo de abstinência, colocando na lista de espera o nome das pessoas que tiveram recaída e que se interessavam por retornar ao programa. Foram consensuais em apontar que poucos pacientes freqüentavam de forma regular as sessões de manutenção

oferecidas. Afirmaram que, via de regra, apenas os que ainda necessitavam de medicação retornavam.

3.4 Instrumentos

3.4.1 Roteiro de Entrevista Semi-estruturado

Foi construído para o estudo (Anexo 1), a fim de investigar aspectos relacionados ao comportamento de fumar tabaco, contextualizando a vivência particular dos entrevistados. Composto de 21 perguntas, além da parte introdutória, que consistia do levantamento de aspectos sociodemográficos, o roteiro foi organizado nos seguintes eixos:

1. O início do comportamento de fumar: idade, principais influências, situações marcantes (questões 1 e 2).
2. A época da participação no grupo de tabagismo: as perguntas 3 a 8 abordavam, principalmente, o motivo que levou à decisão de mudar a conduta, as expectativas acerca da participação no grupo, tentativas de mudança anteriores.
3. O momento contemporâneo à entrevista: a questão 9 identificava, inicialmente, se a pessoa estava fazendo uso do tabaco. Conforme a resposta, eram apresentados blocos distintos de perguntas.
4. A síndrome de abstinência, com ênfase na fissura: compreensão dos conceitos, sintomas e intensidade de seus efeitos (questões 10 a 13).
5. Estratégias de enfrentamento adotadas pelos participantes para lidar com a fissura (questões 14 a 16). A partir do Manual do Participante “Deixando de fumar sem mistérios” (Brasil, 2004e), foram listadas 20 estratégias para permanecer sem fumar e foi utilizada uma escala Likert, atribuindo-se a frequência de uso de cada estratégia pela pessoa entrevistada (0 = nunca; 1 = raramente; 2 = às vezes; 3 = freqüentemente e 4 = muito freqüentemente).
8. Outros aspectos: uso de medicação, apoio social, avaliação da contribuição do grupo, mudanças na vida atribuídas à modificação do comportamento de fumar (questões 17 a 21).

3.4.2 Inventário Beck de Ansiedade

Do inglês, *Beck Anxiety Inventory* (BAI). É um instrumento de auto-relato, composto de 21 itens, com afirmações descritivas de sintomas cognitivos e comportamentais indicadores de ansiedade. Foi desenvolvido por Beck, Epstein, Brown e Steer, em 1988, traduzido, adaptado e padronizado para a população brasileira por Cunha

(2001), considerando-se grupos psiquiátricos e não-psiquiátricos, inclusive estudantes e outros sujeitos da comunidade. O protocolo de aplicação possui breves instruções e, para cada item, são apresentadas quatro afirmações em níveis crescentes de gravidade, variando de zero a três (0 = absolutamente não; 1 = levemente, não me incomodou muito; 2 = moderadamente, foi muito desagradável, mas pude suportar; e 3 = gravemente, dificilmente pude suportar) que a pessoa escolhe a que considera mais adequada para si. A soma dos escores em cada item resulta uma pontuação total entre 0 e 63, classificável em quatro categorias: mínima (0-10), leve (11-19), moderada (20-30) e grave (31-63). O BAI possui consistência interna elevada (*Alpha de Cronbach* = 0,92).

3.4.3 Inventário Beck de Depressão

Beck Depression Inventory (BDI), em inglês. Destina-se a medir a ocorrência e intensidade de sintomas de depressão. Foi criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaygh no início da década de 60 e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery em 1979 e 1982. Desenvolvida, originalmente, como uma escala sintomática de depressão para uso com pacientes psiquiátricos, passou a ser amplamente utilizada, tanto na área clínica como na de pesquisa e para a população geral. Contém 21 grupos com quatro afirmações cada um, apresentando graus crescentes de gravidade de depressão, com escores que variam de 0 a 3. Nas instruções que constam do cabeçalho da folha de resposta, encontra-se que o respondente deverá escolher a(s) sentença(s) que melhor descreva(m) a maneira como ele tem se sentido na última semana, incluindo o dia da aplicação do inventário. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens e permite a classificação nos níveis: mínimo (0 a 11), leve (12 a 19), moderado (20 a 35) e grave (36 a 63). Também foi traduzido, adaptado e padronizado para a população brasileira por Cunha (2001).

As estimativas de fidedignidade, em seis amostras psiquiátricas do estudo original, variaram entre 0,79 e 0,90. De acordo com Beck e Steer (conforme citado por Cunha, 2001), essas estimativas são consistentes com a média dos coeficientes *Alfa de Cronbach* de 0,86 obtida numa meta-análise com nove amostras psiquiátricas e com 0,81, de 15 amostras não-psiquiátricas. Fica demonstrada, desde os estudos originais, uma boa consistência interna, em grupos clínicos e não-clínicos.

3.4.4 URICA-24 para Tabaco (*University Rhode Island Change Assessment*)

Esta escala avalia a prontidão para mudança através de estágios motivacionais, com base no Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, de Prochaska e

DiClemente. Para sua versão original, Mc Connaughy, Di Clemente, Prochaska e Velicer (1983) avaliaram 165 itens representativos de cinco estágios motivacionais, aplicáveis a qualquer comportamento-problema ou que seja importante modificar, não se restringindo ao uso de substâncias psicoativas. Destes itens, 145 apresentaram boa consistência, mas apenas 125 compuseram a versão preliminar do instrumento. Esses estudiosos encontraram os estágios Pré-contemplação (PC), Contemplação (C), Ação (A) e Manutenção (M) como responsáveis por 58% da variância total. A lista de itens foi, então, reduzida a 32, com oito itens para cada um dos quatro estágios, e o coeficiente *Alfa de Chronbach* variando de 0,88 a 0,89. A URICA-32 foi adaptada para a população brasileira por Figlie (1999), a partir de uma amostragem de alcoolistas.

Desde 2005, um grupo de pesquisadores da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul vem trabalhando na adaptação e validação da URICA para comportamentos adictivos. No presente estudo, utilizou-se, sob orientação deste grupo, a escala adaptada, validada e padronizada para a população brasileira para drogas ilícitas (Szupzynski, 2006), com transcrição para o tabaco. A autora destaca que o instrumento apresentou consistência interna razoável ($\alpha=0,657$) em sua forma reduzida de 24 itens, seis para cada uma das quatro subescalas: PC, C, A, M.

Para responder à escala, a pessoa devia atribuir a cada item um dos escores em Likert de cinco pontos: 1 = Discorda totalmente; 2 = Discorda; 3 = Indeciso; 4 = Concorda; 5 = Concorda totalmente. Para o cálculo do Escore de Prontidão (EP), considerou-se a pontuação em cada subescala separadamente e aplicou-se a equação: $EP = MC + MA + MM - MPC$. Onde se lê: estágio de prontidão é igual à soma das médias da contemplação, ação e manutenção subtraindo-se a média da pré-contemplação. Se EP fosse menor que 8 pontos, considerava-se que a pessoa se encontrava no estágio pré-contemplação; se o valor de EP estivesse entre 8 e 11 pontos, contemplação, e a pessoa era classificada em ação e manutenção quando obtinha EP acima de 11 pontos.

Em caráter complementar, foram realizadas análises documentais, através dos registros da Ficha Clínica do Ambulatório de Tabagismo e do Questionário de Dependência Nicotínica de Fagerström, ambos preenchidos à época da realização das sessões grupais:

3.4.5 Ficha Clínica do Ambulatório de Tabagismo – FCAT

Foi padronizada para o uso no âmbito das unidades de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Na página principal, além de dados de identificação

do paciente, encontram-se campos para registro objetivo sobre a conduta de fumar (número de derivados do tabaco fumados ao dia, convivência com fumantes, principais “efeitos gatilhos” para acender cigarro, entre outros aspectos), condições gerais de saúde (doenças crônicas, uso de medicamentos) e um campo para observações. Estes dados são anotados pelo próprio paciente ou por profissional da equipe se observada dificuldade no preenchimento, no primeiro dia de participação nos grupos. No verso dessa ficha existem campos abertos para registro da equipe sobre a evolução do paciente ao longo do tratamento. Tendo em vista a diversidade na qualidade dos registros e freqüentes omissões de dados, também a atualização de alguns aspectos na aplicação dos instrumentos da pesquisa, foram consideradas para efeitos de caracterização da amostra e análise as seguintes informações: religião, efeitos gatilhos, data da primeira sessão grupal.

3.4.6 Questionário de Dependência Nicotínica de Fagerström - QDNF

Este instrumento é preenchido pelo paciente quando de sua entrada no grupo e fica arquivado junto à FCAT, conforme regulamentado pela Portaria Ministerial 442/04 (Brasil, 2004c). O QDNF foi desenvolvido por Karl-Olov Fagerström no final da década de 70 e depois readaptado por Heatherton, Kozlowski, Frecker e Fagerström (1991), buscando-se maior consistência interna relacionada a índices bioquímicos do fumar. Segundo estes autores, o QDNF tem um aceitável nível de consistência interna e sua pontuação final correlaciona-se significativamente com os níveis dos marcadores bioquímicos de elevada sensibilidade e especificidade para tabagismo e dependência nicotínica, como são os níveis de monóxido de carbono no ar expirado e os níveis séricos, urinários ou na saliva, de nicotina (sensíveis ao fumo nas últimas horas) e de cotinina (sensível ao fumo nos últimos sete dias).

No Brasil, o QDNF foi validado por Carmo e Pueyo (2002). Esse instrumento consiste em seis questões, duas pontuadas de 0 a 3 e as demais de 0 a 1, sobre o padrão típico de fumar, possibilitando a classificação da dependência de nicotina pela seguinte escala: 0 a 2 pontos – muito baixo; 3 a 4 pontos – baixo; 5 pontos – médio; 6 a 7 pontos – elevada; 8 a 10 pontos – muito elevada (Soares & Gonçalves, 2008). Uma soma acima de seis pontos indica que provavelmente o paciente terá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar (Brasil, 1997) e também maior dificuldade de manter a abstinência em longo prazo quando se tentar suspender o tabagismo (Halty & cols., 2002).

O QDNF tem se mostrado bastante útil para a tomada de decisão acerca do tratamento do tabagismo. Nesse aspecto, destaca-se que, embora a orientação para

prescrição de medicamentos para a cessação do tabagismo tenha sido revista (Fiore & cols., 2008), a legislação brasileira vigente (Brasil, 2004c) define a classificação da dependência à nicotina como um dos critérios para inclusão no tratamento medicamentoso, quais sejam: fumantes com escore do teste de Fagerström igual ou maior que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional.

Enfim, a aplicação fácil, rápida, de baixo custo, aliada a um bom valor preditivo dos efeitos da síndrome de abstinência tem feito deste questionário um recurso utilizado em muitos países, tanto em pesquisas quanto na prática clínica.

3.5 Cuidados éticos

O projeto deste estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), da SES-DF, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, número 196/1996 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as normas éticas na condução de pesquisas com seres humanos. Foram apresentados ao CEP termos de concordância assinados pelo diretor de Assistência Especializada (DAE) da SES-DF, bem como pelos diretores dos hospitais e gerentes das unidades de saúde envolvidos. Após análise, em 25 de fevereiro de 2008, o projeto foi aprovado sob o registro 015/2008 (Anexo 2).

Antes da aplicação de qualquer instrumento do protocolo de pesquisa, os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, sobre a garantia de anonimato e sigilo, sobre o caráter livre e voluntário de sua participação, tempo estimado para as respostas, além de ter sido solicitada a permissão para registro em áudio. Ciente e de acordo, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 3), apresentado em duas vias, ficando uma com o respondente e outra com a pesquisadora.

Foi facultado aos participantes o conhecimento dos escores dos inventários de ansiedade (BAI) e depressão (BDI), sendo que apenas uma participante solicitou tal informação. Um caso em que, *a posteriori*, foram identificadas pontuações mais significativas para essas variáveis, foi discutido com a equipe de referência do participante, tendo sido orientadas algumas possibilidades de encaminhamentos: serviços de psicologia, como clínicas-escola ou entidades de formação continuada do psicólogo, bem como grupos de Terapia Comunitária que compõem a rede social-comunitária do DF, onde a pessoa pode contar com escuta, suporte social e participação em diferentes oficinas. Frisa-se, no entanto, que por questões éticas, em se tratando da dimensão do serviço público, somente

locais de atendimentos gratuitos ou subsidiados foram sugeridos. Não foram encontrados casos elegíveis a serviços mais complexos na área de Saúde Mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os materiais confidenciais (folhas de resposta, gravações em áudio das entrevistas e registros transcritos) estão arquivados com a pesquisadora. Quanto aos resultados do estudo, além de publicações no meio científico, existe o compromisso de divulgação junto às ações do PNCT no DF, em esquema a ser combinado com as equipes de saúde envolvidas, após a defesa desta dissertação.

3.6 Procedimentos de coleta de dados

Antes da coleta de dados propriamente dita, foram realizadas algumas ações preliminares, conforme informações apresentadas na Tabela 4 que as relaciona a seus respectivos objetivos e datas ou períodos de execução.

Tabela 5. Ações preliminares à coleta de dados, seus objetivos e data/período de execução.

Ações	Objetivos	Data ou Período
Visitas institucionais à Gerência de Prevenção da Coordenadoria do Câncer/DF e a algumas unidades de saúde cadastradas	Apresentar a proposta de pesquisa, obter consentimento para a realização do estudo, delimitar melhor a problemática e conhecer as prováveis circunstâncias de trabalho	Maior a julho de 2007
Observação de seis sessões de grupo, com frequência semanal, no HRGu	Conhecer, em caráter complementar às entrevistas, as prováveis circunstâncias de trabalho e a aplicação da metodologia do PNCT	Agosto a setembro de 2007
Aplicação do estudo piloto, no HRGu	Verificar a viabilidade do estudo e promover ajustes metodológicos no projeto da pesquisa principal	Novembro de 2007
Submissão do projeto de pesquisa ao CEP da SES/DF	Avaliação da conformidade à Resolução 196/96 – CNS/MS e suas complementares	Janeiro de 2008
Seleção e treinamento de duas assistentes de pesquisa	Constituir uma equipe para auxiliar na coleta e análise de dados e padronizar a aplicação dos instrumentos de pesquisa	Março e abril de 2008

Algumas dessas ações corresponderam a trâmites imprescindíveis, como a submissão do projeto ao CEP e outras, a oportunidades que muito contribuíram para o delineamento do estudo, permitindo ajustes metodológicos e garantindo sua aplicabilidade, como a observação de sessões de atendimento grupal do programa e a realização do estudo piloto.

Ressalta-se que o estudo piloto propiciou a definição do dimensionamento amostral, face à noção das possibilidades e dificuldades de acesso aos potenciais participantes, o aperfeiçoamento do roteiro de entrevista semi-estruturado, com a supressão de itens considerados desnecessários e a inserção de perguntas a partir de sugestões dos próprios entrevistados. A seqüência de apresentação dos instrumentos (BAI, BDI, URICA e entrevista), assim como a aplicação pelas pesquisadoras (mestranda e assistentes de pesquisa) em detrimento da auto-aplicação, também foi definida a partir do piloto.

Foram selecionadas duas alunas do 8º semestre do curso de Psicologia da UnB para serem assistentes de pesquisa, com a função de auxiliar na coleta de dados, uma, especificamente no HRAN e outra, no CSB 08. Elas ficaram responsáveis, ainda, pela transcrição do material gravado em áudio, relativo às unidades em que atuaram e, uma delas contribuiu no processo de análise dos dados, posteriormente. O treinamento das assistentes para a coleta de dados consistiu do conhecimento e discussão do projeto, orientações verbais para a coleta, observação da atuação da pesquisadora responsável junto a dois participantes e aplicação dos instrumentos a outros dois, assistida pela pesquisadora.

Quanto à coleta de dados propriamente dita, registra-se que as pessoas egressas dos grupos foram convidadas a participar do estudo via telefone, seguindo-se um roteiro semi-estruturado para a abordagem. O número para contato com os possíveis participantes foi obtido a partir de listas fornecidas pelo AT de cada unidade, que continham, entre outras informações, o nome completo do paciente, sexo, data de nascimento, telefone e registro da frequência do mesmo às sessões grupais.

O índice de aproveitamento das ligações telefônicas, considerando-se o aceite em participar do estudo e o efetivo comparecimento à unidade de saúde, foi de aproximadamente um terço. Para a realização dos contatos, respeitou-se a seqüência em que os nomes estavam dispostos nas listas, até o preenchimento da disponibilidade de horários semanais das pesquisadoras. Diversas pessoas que se dispuseram a contribuir solicitaram que fossem lembradas do compromisso, o que se deu, geralmente via mensagem pelo celular ou retorno telefônico na data da entrevista ou no dia anterior à mesma.

Os instrumentos de pesquisa tiveram, portanto, aplicação presencial e individual, em espaço previamente combinado com a equipe do AT de cada unidade. Após a apresentação e assinatura do TCLE, procedeu-se à aplicação dos instrumentos na ordem definida em decorrência do estudo piloto (BAI, BDI, URICA e entrevista), com vistas a um entrosamento crescente entre participante e pesquisadora até o momento da entrevista.

Todas as folhas de respostas, bem como o roteiro da Entrevista Semi-estruturado, ficavam visíveis ao participante para que ele pudesse acompanhar a leitura dos itens e para facilitar a concentração na tarefa proposta. O registro das respostas foi feito pela pesquisadora.

A gravação em áudio incluiu, com a anuência do participante, o período total de aplicação dos instrumentos, permitindo, assim, que os comentários relevantes ao tema fossem transcritos e considerados para análise, junto ao conteúdo da entrevista, que foi integralmente transcrito. A aplicação dos instrumentos teve duração aproximada de uma hora. A fase de coleta de dados compreendeu os meses de maio a julho de 2008.

3.7 Organização e análise dos dados

Para a análise dos dados, valeu-se tanto de técnicas quantitativas quanto qualitativas. Os participantes foram identificados pela representação alfanumérica P1, P2, P3 e assim por diante, até P63. Os dados quantitativos foram organizados e avaliados a partir do *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 11.5 (Dancey & Reidy, 2006). Utilizou-se distribuição de frequência e estatística descritiva (média, moda, mediana e desvio padrão), além do Teste Qui-quadrado para avaliar se existiam influências entre as variáveis analisadas e o coeficiente de correlação de Pearson, para verificar a existência, o grau e o sentido de associações entre determinadas variáveis.

O material obtido nas entrevistas foi avaliado através da análise de conteúdo categorial, com triangulação de analistas. Inicialmente, procedeu-se a uma leitura flutuante de todo o material transcrito, registrando-se as impressões gerais, de forma exploratória. Em seguida, foram feitas leituras horizontais, o que significa considerar as respostas dadas por todos os participantes a cada pergunta do roteiro de entrevista, separadamente. A partir desta leitura, foram esboçadas categorias por duas das pesquisadoras, de forma independente. Verificava-se, então, a concordância relativa à identificação, nomeação e frequência das categorias preliminares, junto à orientadora da pesquisa, que tinha a função de juíza dos resultados encontrados nessa etapa. Após avaliação conjunta da fidedignidade encontrada (superior a 70%), o conteúdo foi categorizado e foram, ainda, identificados trechos dos relatos dos participantes considerados representativos para cada categoria.

4. RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa e foi organizado nos seguintes eixos: (1) perfil sociodemográfico da amostra; (2) o comportamento tabagista, conforme descrição dos participantes, e aspectos relacionados ao tratamento para a mudança deste comportamento; (3) síndrome de abstinência e estratégias cognitivas e comportamentais para o seu enfrentamento, especialmente o manejo da fissura; (4) perfil motivacional da amostra à época da coleta de dados, baseado no Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento; (5) níveis de ansiedade e de depressão dos participantes; (6) apoio social, avaliação da contribuição do grupo e mudanças na vida atribuídas à modificação do comportamento de fumar, e (7) associação entre estar ou não fumando, à época da entrevista, e algumas variáveis do estudo.

4.1 Perfil sociodemográfico da amostra

Os aspectos sociodemográficos da amostra estão apresentados na Tabela 6, em que se pode identificar que as mulheres representaram aproximadamente dois terços dos participantes e que, em sua maioria, as pessoas tinham entre 40 e 59 anos. A variável escolaridade teve maior concentração em uma de suas categorias centrais, ensino médio completo ($n=28$), destacando-se, ainda, que apenas 11,1% ($n=7$) não haviam completado o Ensino Fundamental.

Para o levantamento da renda familiar, considerou-se a soma dos salários e/ou rendimentos das pessoas com quem o participante convivia e dividia as despesas, medida em salários mínimos⁷ (SM). Encontrou-se que 39,7% ($n=25$) tinham renda de até 5 SM e a maioria, renda superior a 5 SM (60,3%; $n=38$). No que se refere à situação conjugal, prevaleceram os casados ou em união consensual (57,1%; $n=36$) e, quanto ao número de filhos, os que tinham dois ou três (63,5%; $n=40$). A religião católica foi significativamente a de maior prevalência, 46 participantes ou 73% da amostra.

No que tange à situação ocupacional dos participantes, o grupo apresentou-se bastante heterogêneo, com a identificação de 35 categorias profissionais, uma vez que esta informação foi obtida mediante uma pergunta aberta. A maioria, no entanto, tinha emprego fixo e ninguém se declarou na condição de desempregado. Dentre as categorias

⁷ Salário mínimo vigente à época da entrevista: R\$415,00, conforme a Lei 11.709/2008.

mencionadas, as mais freqüentes foram a de aposentados ($n=9$) e daqueles que se definiram como “do lar” ($n=9$).

Tabela 6. Caracterização sociodemográfica da amostra ($N= 63$).

	Características	<i>n</i>	%
Sexo	Masculino	22	34,92
	Feminino	41	64,08
Faixa etária (anos)	30 a 39	11	17,5
	40 a 49	21	33,3
	50 a 59	19	30,1
	60 a 69	10	15,9
	70 ou mais	2	3,2
Escolaridade	Ens. fund. incompleto	7	11,1
	Ens. fund. completo	10	15,9
	Ens. médio incompleto	4	6,3
	Ens. médio completo	28	44,4
	Ens. sup. incompleto	4	6,3
	Ens. sup. completo	10	15,9
Renda familiar	Até 1 SM	4	6,3
	Mais de 1 até 2 SM	9	14,3
	Mais de 2 até 5SM	12	19,0
	Mais de 5 até 10 SM	17	27,0
	Mais de 10 SM	21	33,3
Situação conjugal	Casado ou união consensual	36	57,1
	Solt., divorc., separado/a ou viúvo/a	27	42,9
Número de filhos	0	5	7,9
	1	9	14,3
	2	24	38,1
	3	16	25,4
	4 ou mais	9	14,3
Religião	Católica	46	73,0
	Espírita	7	11,1
	Evangélica	3	4,8
	Outras	3	4,8
	Não informou	4	6,3

4.2 O comportamento tabagista e o tratamento para sua mudança

Neste tópico é apresentado um substancial conjunto de informações, resultado do levantamento e análise de dados tanto quantitativos quanto qualitativos. Partiu-se do pressuposto de que os aspectos que descrevem o início do comportamento de fumar, as tentativas de mudança anteriores ao tratamento, até a motivação e a decisão de se buscar

auxílio profissional, aproximam-se de alguma forma dos aspectos envolvidos no tratamento em si, como a expectativa de que alcançará seu objetivo. Esta consideração justifica, neste trabalho, a abordagem conjunta destas duas dimensões, organizadas em sub-sessões a partir da estrutura geral adotada na entrevista, bem como na apresentação dos objetivos específicos.

4.2.1 O início do comportamento de fumar e a participação no tratamento

Na Tabela 7 pode-se identificar a distribuição de frequência absoluta e percentual de algumas características encontradas quanto ao comportamento de fumar dos participantes. Correspondem, predominantemente, a dados coletados na entrevista, embora contemplem outros obtidos por levantamento documental, a exemplo dos níveis de dependência à nicotina. Ademais, a data utilizada como referência para o cálculo do tempo decorrido entre a participação no grupo e a aplicação dos instrumentos foi aquela registrada na FCAT, e não a mencionada pelo participante na entrevista, informação sujeita a vieses de memória. Ressalta-se que a pergunta relativa a esta questão foi inserida no roteiro de entrevista semi-estruturado como um dispositivo mnemônico, com a intenção de facilitar a recordação das demais informações sobre o período do tratamento.

Conforme disposto na Tabela 7, a maioria dos participantes (57,1%) se encontrava em abstinência à época da coleta de dados. A representatividade das unidades de saúde (onde a pessoa frequentou os grupos) para a composição total da amostra foi bastante uniforme, com diferença inferior a cinco pontos percentuais entre elas.

Quanto à idade com que os respondentes começaram a fumar, a amplitude para essa variável foi de 7 a 27 anos, tendo apresentado uma distribuição bimodal, ou seja, as idades treze e quatorze anos tiveram igualmente maior frequência: oito pessoas cada uma. Nota-se que a segunda década de vida concentra 84,1% ($n=53$) das ocorrências de início do comportamento de fumar tabaco, sendo a média registrada de 15,78 anos ($DP=3,99$).

Quando solicitados a descreverem sobre suas primeiras experiências de consumo do cigarro, os participantes relataram fatos e identificaram as principais influências ou motivos para o início de sua conduta tabagista. O conteúdo de suas respostas foi analisado e categorizado em dez grupos que, todavia, não eram excludentes entre si, ou seja, a mesma pessoa pode ter mencionado diferentes influências e motivos. Como é possível notar na Tabela 8, para cada categoria foi destacada uma fala representativa, no mínimo.

Vinte e seis pessoas referiram *influência de pares ou colegas*, tendo sido a categoria mais frequente, seguida da *influência de familiares*, com vinte ocorrências.

Evidencia-se que a participação de familiares permeia outras categorias como *contato com cigarro por demanda de terceiros*, pois na maioria dos casos era os pais e avós que mandavam os participantes, ainda crianças, acenderem cigarro e entregar-lhes. Alguns respondentes, a exemplo da identificada como P40 (Tabela 8), contam que rotineiramente preparavam o cigarro de palha, a partir de fumo de rolo para os adultos e que, toda essa proximidade e manuseio do cigarro teria sido o facilitador para que viessem a experimentar o tabaco e se tornarem fumantes. Esta última categoria foi aludida por dez pessoas da amostra.

Tabela 7. Características do comportamento tabagista dos participantes e aspectos relacionados ao tratamento (N= 63).

Características		n	%
Comportamento de fumar a época da entrevista	Não fumando	36	57,1
	Fumando	27	42,9
Unidade de saúde onde participou do grupo	HRAN	16	25,4
	CSB 08	16	25,4
	Policlínica	17	27,0
	HRGu	14	22,2
Idade com que começou a fumar (anos)	5 a 10	4	6,4
	11 a 15	30	47,6
	16 a 20	23	36,5
	21 a 25	4	6,4
	26 a 30	2	3,2
Nível de dependência à nicotina (QDNF)	Muito baixo	4	6,3
	Baixo	9	14,3
	Médio	10	15,9
	Elevado	16	25,4
	Muito elevado	24	38,1
Objetivo ao início do tratamento	Parar o uso de cigarros	60	95,2
	Reduzir o uso de cigarros	0	0
	Manter mudança	2	3,2
	Não informou	1	1,6
Expectativa sobre o alcance do objetivo (de 0 a 10)*	Até 5 pontos	21	33,3
	Maior que 5 pontos	41	65,1
	Não informou	1	1,6
Tempo decorrido entre a participação no grupo e na pesquisa (em meses)	6 a 7	16	25,4
	8 a 9	19	30,2
	10 a 11	24	38,1
	12	4	6,3

* Nota: 0 = expectativa muito baixa; 10 = expectativa muito alta

Tabela 8. Categorias de influências ou motivos para o início do tabagismo, segundo relatos dos participantes (N=63).

Categoria	f	Exemplos de relatos
Influência de pares/colegas	26	<p><i>“Por influência dos colegas. Apanhei muito da minha mãe, mas os colegas chegavam com o cigarro e ofereciam. Ai, dei o trago fumei...”</i> (P2, masc., 62 anos)</p> <p><i>“Sabe quando você sai com aquela turma de gente que só fuma? Ai você (pensa) ‘deixa eu dar um traguinho pra ver como é que é?’ Ai aquele incentivo...”</i> (P28, fem., 46 anos)</p>
Influência de familiares	20	<p><i>“Meu irmão mais novo estava fumando, aí eu comecei.”</i> (P5, masc., 49 anos)</p> <p><i>“Minha família inteira fumava, pai e mãe. Eu fui criada embalada nos braços com cheiro de nicotina.”</i> (P47, fem., 63 anos)</p>
Percepção do fumar como algo bonito/chique	17	<p><i>“Nessa época da gente, anos 70, era chique fumar (...) Tinha uma senhora, uma mulher muito importante na cidade, cidade pequena, do interior. Era mulherona bem alta, branca, bonita... ela sentava no passeio com cigarro e a gente ficava curiando* e achando lindo, fazia aquele cigarro de papel pra ver quem fuma como a dona Gilda...aí juntava a turminha e começava a fumar, a pegar cigarro escondido pra ver quem fumava igual a dona Gilda.”</i> (P9, fem., 54 anos)</p> <p><i>“Antigamente, era muito bonito a mulher fumar, de esmalte vermelho...”</i> (P29, fem., 54 anos)</p>
Contato com cigarro por demanda de terceiros	10	<p><i>“Minha irmã mandava eu acender o cigarro pra ela e eu acendia e dava uma tragadinha. Foi assim que aprendi a fumar.”</i> (P13, fem., 62 anos)</p> <p><i>“Eu comecei a fumar porque eu fazia cigarro pra pai de palha, né, de fumo. Ai o papai me mandava fazer e eu já aprendi. Eu acendia e dava um traguinho.”</i> (P40, fem., 53 anos)</p>
Curiosidade/brincadeira	06	<p><i>“Criancisse mesmo... a gente pegava cigarro e ia pro banheiro experimentar, ela (colega) acendia o cigarro, eu dava um trago, ela dava outro. Era só isso, curiosidade.”</i> (P24, fem., 69 anos)</p> <p><i>“A gente brincando de casinha, de boneca, fazia cigarro de folha e começa a brincar. Depois, eu fui na feira e vi um cachimbinho bem bonitinho de barro, aí minha mãe comprou pra mim, só pra gente brincar mesmo de casinha, né. Ai, a gente queimava folha de mato seco e aprendi a fumar(...) comecei brincando, imitando o povo mais velho.”</i> (P30, fem., 59 anos)</p>
Influência de parceiro(a)	05	<i>“Meu marido fumava, então ele achava que eu era chata porque eu não fumava.”</i> (P63, fem., 70 anos)
Necessidade de pertencimento/ auto-afirmação	05	<i>“Todo mundo fumava, eu queria fumar também, queria fazer parte, me agrupar né?!”</i> (P7, fem., 41 anos)
Influência de outros adultos	04	<i>“As mulheres que trabalhavam com meu pai é que me ensinaram a fumar.”</i> (P27, fem., 63 anos)
Modismo/influência da mídia	04	<i>“(...) as propagandas mostravam que pessoas que faziam esportes radicais eram pessoas que fumavam e eu não tinha nem chance de desenvolver um lazer desse tipo.”</i> (P47, fem., 63 anos)
Uso instrumental	03	<i>“Nós usava o cigarro pra poder os mosquitinhos não pegar a gente, quando ia trabalhar na roça, né?!”</i> (P8, masc., 47 anos)

*Nota: O verbo *curiar* é um regionalismo, mais comum no nordeste brasileiro e significa observar, assistir, presenciar, conforme dados do site <http://www.dicionarioinformal.com.br>

Outro tipo de respostas que mereceu destaque, em função de sua frequência (17 menções) foi *percepção do fumar como algo bonito/chique*, conforme exemplificado pela fala de P9 (Tabela 8). No trecho em que verbaliza “(...) *Era mulherona bem alta, branca, bonita... ela sentava no passeio com cigarro e a gente ficava curiando e achando lindo, fazia aquele cigarro de papel pra ver quem fuma como a dona Gilda...*” alguns estereótipos como os relativos à raça e ao biotipo, considerado referência de beleza se associam à personagem fumante exercendo certo fascínio sobre a respondente. Pode-se inferir que esta categoria seja, de alguma forma e em alguma medida, atravessada pelo *modismo/influência da mídia*, muito embora esta última tenha sido pouco citada (quatro ocorrências).

Como influência ou motivo para o início do comportamento tabagista, também foram identificadas as seguintes categorias: curiosidade/brincadeira; influência de parceiro(a) e necessidade de pertencimento/auto-afirmação; influência de outros adultos e uso instrumental.

No que se refere ao tempo de uso do tabaco, destaca-se que este constituiu um valor aproximado já que, para seu cálculo, subtraiu-se da idade do participante à época da coleta de dados a idade com que ele iniciou o comportamento de fumar. O erro matemático pode chegar a um ano a mais para alguns casos, uma vez que parte da amostra parou de fumar quando de sua participação no tratamento, e que o intervalo de tempo entre o início das sessões grupais e a entrevista variou entre seis e doze meses (Tabela 7). Ainda assim, considerou-se útil esta forma de análise, pois a amplitude do tempo de uso do tabaco pela amostra foi de 46 anos (limite inferior igual a 14 anos e superior, 60 anos) e, nestas condições, um ano representa 2,17 pontos percentuais. A média encontrada foi de 33,86 anos ($DP=11,03$).

Interessante notar na Figura 5 que nenhuma pessoa desta amostra apresentou menos de dez anos de uso do cigarro (precisamente, o limite inferior foi 14 anos) e, embora exista histórico de tentativas de cessação do tabagismo anteriores à participação neste tratamento, como será apresentado adiante, o referido dado poderia se relacionar a, pelo menos, dois aspectos: (a) a decisão de mudar o comportamento tabagista tem sido relativamente tardia em relação ao tempo de consumo; (b) o sucesso em parar de fumar não tem sido prolongado. Infere-se, ainda, que a hipótese “a” se deva, entre outras explicações, ao fato de os malefícios à saúde do fumante e outras desvantagens decorrentes do uso do tabaco começarem a se evidenciar após anos de uso.

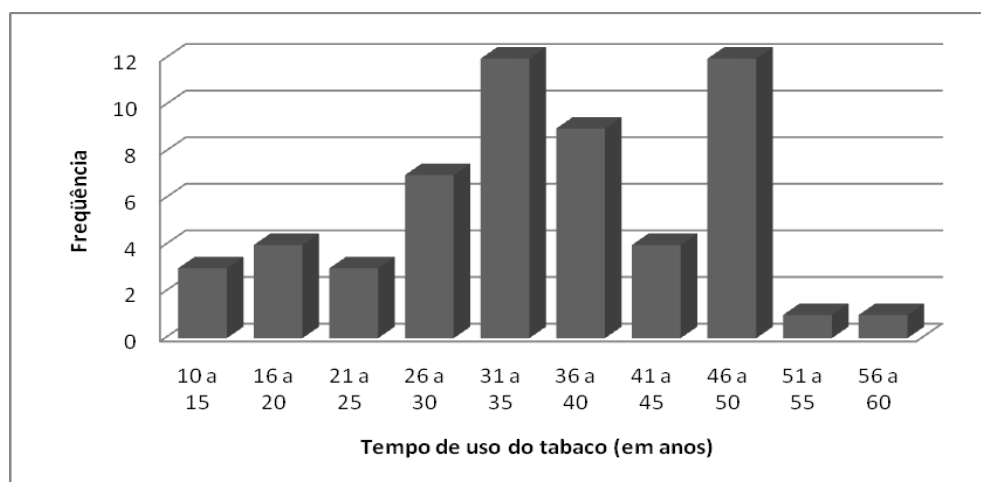


Figura 5. Tempo aproximado de uso do tabaco, em anos (N=63).

Os principais motivos e circunstâncias que levaram os participantes a decisão de procurar ajuda profissional, com vistas à mudança do comportamento de fumar, encontram-se sintetizados na Tabela 9. Coerentemente com a hipótese mencionada, a categoria que recebeu mais registros foi *prejuízo à própria saúde e/ou prevenção* (34 registros) e, de acordo com os relatos obtidos, tanto na perspectiva da prevenção primária, quanto secundária. Ainda sobre a dimensão do cuidado à saúde, encontrou-se a preocupação com a saúde das pessoas próximas, notadamente filhos e netos, demonstrando conhecimento sobre as consequências do tabagismo passivo, mas esta categoria obteve cinco registros.

A categoria *pedido/reclamação de pessoas significativas* teve dezessete ocorrências e em sua própria denominação encontra-se uma ambivalência expressa repetidamente, na qual apoio e cobrança se confundem na percepção dos participantes. Além da fala de P16 (Tabela 9), duas outras exemplificam esta situação inequivocamente: “*Minha esposa falava ‘Tenha força de vontade. Não fuma. Não fuma.’...Acho que vira mais uma cobrança*” (P2, masc., 62 anos) e a de P15 (fem., 50 anos)

(...) incômodo da família (...), eu estou me sentindo acuada... sei que não é uma coisa legal (fumar)... eu estive internada e só falava “cigarro, cigarro”... Agora a pessoa fala ‘que falta de vergonha na cara, falta de brio, falta de vontade, você já conseguiu tanta coisa, você já foi liberta de dois cânceres, e não dá conta de deixar um mero cigarro?’”

Tabela 9. Categorias de motivos que levaram à decisão de mudar o comportamento de fumar ($N=63$).

Categoria	f	Exemplos de relatos
Prejuízo à própria saúde e/ou prevenção	34	<p><i>“Por causa do problema de coração. Tem quatro anos que tive o infarto.”</i> (P29, fem., 54 anos)</p> <p><i>“Eu quero parar de fumar pra ser uma pessoa saudável na velhice.”</i> (P13, fem., 62 anos)</p>
Pedido/reclamação de pessoas significativas	17	<p><i>“O incentivo do meu marido foi o principal motivo que me levou a tomar a decisão de para de fumar. Ele dizia ‘Isso faz mal, isso é fedorento’.”</i> (P16, fem., 57 anos)</p> <p><i>“As pessoas enchendo meu saco. Falavam que eu não tinha vergonha, que eu fumava pouco e que eu deveria parar. Filha, mãe, irmão, família, falavam muito.”</i> (P45, masc., 43 anos)</p>
Recomendação de profissional da saúde	12	<i>“Falavam (médicos) que era pra mim parar e era rápido porque minhas veias já estavam entupindo...”</i> (P30, fem., 59 anos)
Cheiro desagradável	12	<i>“Meu namorado não fuma, né. Muitas vezes, ele chegava todo cheirosinho pra me abraçar e eu ficava me afastando porque estava fedendo a cigarro.”</i> (P11, fem., 39 anos)
Intenção de mudar o comportamento de fumar	12	<i>“Eu queria simplesmente parar de fumar.”</i> (P6, masc., 49 anos)
Privação de contatos sociais ao se afastar para fumar	08	<i>“Meu marido não fuma e meu filho, de 14 anos, também não fuma, ‘graças a Deus’. Então, eu deixava de estar próxima a eles... às vezes, a gente estava num churrasco, né, todo mundo ali rindo, conversando, aí eu ‘Ai, preciso fumar’. Ai, eu deixava a companhia deles, deixava todo mundo ali...”</i> (P7, fem., 41 anos)
Constrangimento por fumar	07	<i>“(...) E também eu tinha vergonha de ser fumante.”</i> (P33, fem., 50 anos)
Enfermidade/morte de pessoas significativas decorrentes do tabagismo	07	<i>“A outra avó do meu neto se internou num SPA e tudo, mas morreu. Enfisema e câncer generalizado. Ela fumava muito, um atrás do outro. E eu também fumava muito. Isso me assustou um bocado.”</i> (P47, fem., 63 anos)
Convívio com pessoas significativas que não fumam	06	<i>“Eu comecei a namorar essa pessoa e ele é muito especial e não fuma. Então eu não fumava perto dele, é claro, pra não incomodar.”</i> (P46, fem., 46 anos)
Prejuízo à saúde de outros	05	<i>“(...) tem um (filho) que é alérgico, acusou no exame de alergia dele que o maior problema dele é o cigarro. Na hora me senti culpada.”</i> (P1, fem., 64 anos)
Custo financeiro/custeio do tabagismo	05	<i>“Meu dinheiro estava indo todinho pro cigarro. Ai falei ‘Não está certo. Eu morrendo de trabalhar e jogar meu dinheiro todo fora’.”</i> (P27, fem., 63 anos)
Orientação religiosa	03	<i>“Primeiro porque eu sou evangélica, né. Eu fumava e não conseguia me libertar. E segundo por causa da minha saúde. A religião depois a saúde, porque eu ia morrer sem salvação.”</i> (P40, fem., 53 anos)
Prejuízo à vivência da vida sexual	02	<i>“(...) o cigarro atrapalha muito o lado sexual, pelo menos o meu ele atrapalhava. Além da questão do beijo, no ato em si, a sua resistência é muito menor, o cheiro, o sabor...”</i> (P7, fem., 41 anos)

Três categorias foram igualmente mencionadas (doze ocorrências): recomendação de profissional da área da saúde, cheiro desagradável e intenção de mudar o comportamento de fumar. O profissional que mais teria recomendado a cessação do tabagismo foi o médico, sendo que o dentista também foi citado. Na segunda categoria, são encontrados relatos envolvendo tanto o incômodo do fumante por sentir o cheiro do cigarro em seu cabelo, em seus objetos pessoais (roupa, travesseiro, etc.), quanto o constrangimento de que outras pessoas o sentissem com sua aproximação, o que traria secundariamente prejuízos sociais.

Importante ressaltar que a intenção de mudar o comportamento de fumar não representa um evento, mas um processo, e essa dimensão fica bem ilustrada com o seguinte relato:

“Eu sempre tive vontade de parar de fumar, eu vejo minhas colegas, meus amigos ‘ah, eu parei de fumar’. Olha, eu não tenho inveja de ninguém, pode vir pingando prata, ouro perto de mim, que não tenho inveja de ninguém. Mas, quando alguém fala que parou de fumar, eu falo ‘gente, por que o fulano parou e eu não consigo?’ Também, não tenho inveja, não, sabe? Eu só penso “se ele parou, eu também vou parar, sabe”. Essa idéia é antiga! Não foi de ninguém reclamar, nada” (P13, fem., 62 anos).

A *privação de contatos sociais ao se afastar para fumar* assume a sexta posição dentre os motivos que influenciaram a decisão de parar de fumar, com oito ocorrências. Pode estar associada aos crescentes níveis de informação e conscientização, principalmente sobre o tabagismo passivo, ao passo que pode ser uma modificação de comportamento decorrente da observância da lei federal que destina áreas especiais para o uso de cigarros em locais públicos. A categoria *constrangimento por fumar* apresentou suporte empírico suficiente para constituir classificação própria, com sete menções, que utilizaram claramente termos como vergonha e constrangimento, no entanto é forçoso reconhecer que ela atravessou outras categorias, a exemplo de *pedido/reclamação de pessoas significativas* e a de que trata este parágrafo, *privação de contatos sociais ao se afastar para fumar*.

Enfermidade/morte de pessoas significativas decorrentes do tabagismo também alcançou sete ocorrências e parece aumentar a percepção de vulnerabilidade do participante às morbidades e ao risco de morte por fumar e esta mudança de percepção é que seria, mais diretamente, o motivo da decisão de mudar e da busca por auxílio profissional. Conviver com pessoas significativas que não fumam também foi identificado como uma motivação para a mudança e parece ligar-se a diferentes fatores, como aceitação

social e o já mencionado cuidado com a saúde dessas pessoas afetivamente mais importantes.

Em ordem menor de frequência, com cinco a duas ocorrências, foram encontradas as categorias: custo financeiro/custeio do tabagismo; orientação religiosa; prejuízo à vivência da vida sexual. Com apenas uma citação, pode-se identificar duas outras dimensões que, pela sua argumentação mais que pela frequência, merecem nota: cigarro incompatível com o projeto de vida da pessoa (*“Acho que já não condizia mais com o que queria pra mim nos próximos vinte anos, eu estava num ciclo da minha vida e passei pra outro e achei que o cigarro não precisava me acompanhar”* P54, masc., 40 anos), e exemplo para os filhos (*“Meus filhos, porque cheguei a presenciar eles enrolando papel igual cigarro, simulando. Me marcou muito isso”* P61, masc., 44 anos).

Quanto ao nível de dependência, avaliado pelo Questionário de Dependência à Nicotina de Fargeström (QNDF), em ocasião da primeira sessão de atendimento grupal, obtiveram-se descritores estatísticos considerados altos: média de 6,38 pontos ($DP=2,28$), pontuação modal de oito e mediana igual a sete pontos. Apenas 20% da amostra ($n=13$) apresentaram níveis *muito baixo* ou *baixo* de dependência. Os níveis *elevado* e *muito elevado* totalizaram 64%. A proporção entre os diferentes níveis de dependência pode ser visualizada na Figura 6, evidenciando-se uma relação positiva entre o nível de gravidade da dependência e o número de participantes nela classificados, ou seja, quanto maior a intensidade de dependência, maior foi a frequência verificada.

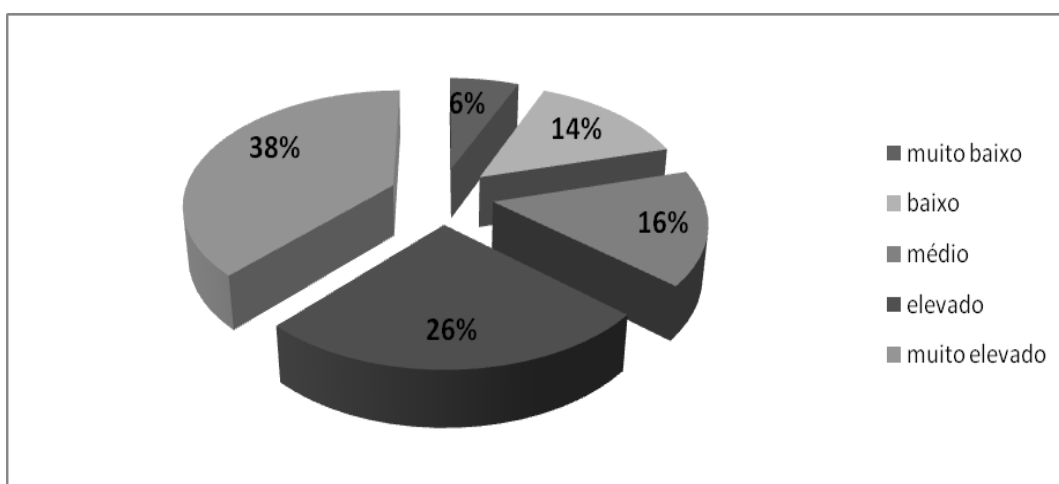


Figura 6. Distribuição dos níveis de dependência à nicotina, segundo resposta ao Questionário de Dependência à Nicotina de Fargeström ($N=63$).

De acordo com dados coletados na entrevista, dezenove pessoas fumavam menos de vinte cigarros ao dia quando iniciaram o tratamento, vinte fumavam vinte cigarros e 24 consumiam mais de vinte cigarros diariamente. Dois participantes já não estavam fumando e tinham o objetivo de manter a mudança de comportamento que alcançaram entre sua inscrição e sua inserção no grupo, enquanto outra pessoa relatou que chegava a fumar 80 cigarros ao dia. O número médio de cigarros/dia para a amostra foi de 24,54 ($DP=16,78$).

A Tabela 7 ainda apresenta que o objetivo *parar de fumar* ao se buscar a ajuda profissional no AT foi quase unânime: 60 pessoas (95,2%) o afirmaram. Por outro lado, seis atribuíram nota zero à sua crença de que alcançaria o objetivo a que se propunham e 22, nota dez ($M=6,94$ e $DP=3,31$). Portanto, quanto à auto-eficácia, pode-se dizer que os participantes apresentaram um nível razoável de confiança, em sua maioria, já que 65,1% ($n=41$) pontuaram entre seis e dez.

Analisando-se os relatos que se seguiram à atribuição desses escores para a auto-eficácia, encontrou-se que 25 pessoas reafirmaram estar confiantes de que conseguiriam atingir seu objetivo, a exemplo de P23 (fem., 53 anos) “*Vim pra parar mesmo. Eu já vinha pensando há quase dez anos, quando vim estava decidida*”. Outras dezoito demonstravam algum nível de dúvida e ambivalência quanto a conseguir mudar “*Cheguei assim, meio inseguro, né. Eu não acreditava, não. Eu estava em dúvida*” (P10, masc., 47 anos), enquanto nove pessoas relataram algo semelhante a P20 (fem., 38 anos): “*Eu jurava que eu não ia conseguir. (...) quando eu tinha um cigarro na minha carteira, eu já corria pra comprar com medo de faltar*”.

Como se tratava de uma informação de caráter retrospectivo, em que a participação no tratamento já havia acontecido quando os dados foram coletados, da fala de sete participantes pôde-se depreender uma idéia de processo na qual a auto-eficácia teria diminuído ao longo do tratamento ($n=4$) e aumentado para três deles. Exemplificando a diminuição da auto-eficácia percebida, teve-se a seguinte verbalização:

“*Estava decidida mesmo. Falava ‘vou parar, vou conseguir’ e fiquei uma semana sem fumar e depois me deu aquela vontade, aí eu não agüentei e fumei e fiquei me sentindo culpada porque fumei. Parece que eu mesma me trai. (...) Aí, depois, eu não agüentei e disse “quer saber, eu vou é fumar, porque se eu fumar eu morro, se eu não fumar, eu vou morrer do mesmo jeito!”*” (P13, fem., 62 anos)

A título de exemplificação dos relatos em que a confiança teria aumentado durante o acompanhamento terapêutico nas sessões grupais, cita-se um trecho da fala de P16 (fem., 57 anos)

“Eu não acreditava, mas eu tentava. Eu fiquei convicta quando eu comecei ouvir que as pessoas conseguiram parar de fumar. Aí pensei: que espécie de ser sou eu que todo mundo tá conseguindo e só eu que não consigo? Mas, eu vou conseguir”.

De modo geral, as pessoas entrevistadas haviam realizado aproximadamente duas tentativas de parar de fumar, anteriores ao tratamento ($M=1,89$; $DP=2,96$), sendo que 27% ($n=17$) relataram nunca o terem feito e 11,1% ($n=7$) não prestaram essa informação, como pode ser observado na Figura 7.

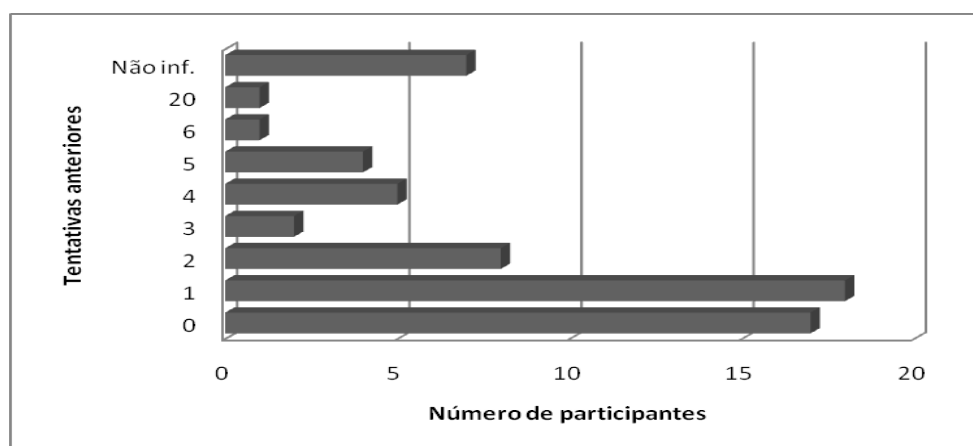


Figura 7. Distribuição de frequência das tentativas anteriores de parar de fumar ($N=63$).

Dentre os que disseram nunca ter tentado, foram obtidos relatos como o que se segue *“Eu pensava assim ‘Hoje eu vou parar de fumar’. Mas, era o dia que eu mais fumava. Eu não tinha força de vontade”* (P35, fem., 55 anos). Ademais, foram recorrentes as afirmações de várias tentativas com curtos períodos de abstinência: *“Já tentei muitas vezes, mas o máximo que eu ficava (sem fumar) era 15 dias”* (P2, masc., 62 anos). Pode-se imaginar que ambas as situações tenham exercido influência negativa sobre a auto-eficácia ou confiança destes participantes quanto à sua capacidade de abandonar o cigarro.

Oito pessoas que fizeram tentativas anteriores tinham se valido de algum recurso terapêutico, conforme relato: *“Umas quatro tentativas, mas tudo com remédio (...) Nunca passei um dia sem fumar na minha vida só pela força de vontade. Só a troco de remédio”* (P30, fem., 59 anos), enquanto seis disseram ter realizado suas tentativas sozinhas. Para sete participantes, a experiência de contar com um grupo de apoio para a cessação do tabagismo não era inédita, uns já tinham estado em outros grupos do próprio programa e alguns em grupo realizado pela igreja que freqüentava. Neste esforço de mudar, alguns respondentes lançaram mão de práticas decorrentes de crenças religiosas (*“Alguém me informou uma vez dum padre que tinha no Gama, há muitos anos atrás, eu fiquei quatro*

anos e meio sem fumar” P6, fem., 42 anos), apostas (“Fiz uma aposta com o pessoal do serviço...” P18, masc., 60 anos) e até mesmo simpatias, conforme relato

“Há uns vinte anos atrás, eu tentei com garrafada, não deu certo. Outra vez, foi assim, eu fiz uma simpatia, né?! À noite pegava a última ponta de cigarro e colocava num copo de água pra beber, só que não dei conta” (P32, masc., 49 anos)

Foram encontradas algumas experiências que não se configuraram tentativas, dado seu caráter não intencional, mas que foram consideradas representativas da complexidade do processo de mudança do comportamento de fumar. Da fala de seis pessoas foram identificadas privações temporárias do cigarro em função de impedimentos involuntários como o vivenciado por P4 (fem., 62 anos): “Só por uma época, quando eu era nova e sofri um acidente, perdi um pedaço do meu lábio e eu não conseguia segurar (o cigarro)” e por P17 (fem., 51 anos) “Teve uma cirurgia que eu fiz há muito tempo atrás que eu tive que parar de fumar”. Duas pessoas experimentaram parar de fumar face à reprovação de seu parceiro ou parceira quanto ao uso do cigarro, o que é ilustrado pelo trecho:

“Já tinha tentado uma ou duas vezes. A diferença era que não era eu que queria, eu tinha uma namorada que implicava com o cigarro, aí eu parei por causa dela. Tanto é que quando a gente acabou eu voltei a fumar. Não foi uma decisão minha, foi uma coisa pra agradar ela” (P54, masc., 40 anos)

Outro aspecto que caracteriza o comportamento de fumar são os condicionamentos ou automatismos. Diante dessa consideração, foram levantados a partir das FCAT os efeitos-gatilho reconhecidos pelos participantes como eliciadores do seu comportamento de acender o cigarro, conforme Figura 8.

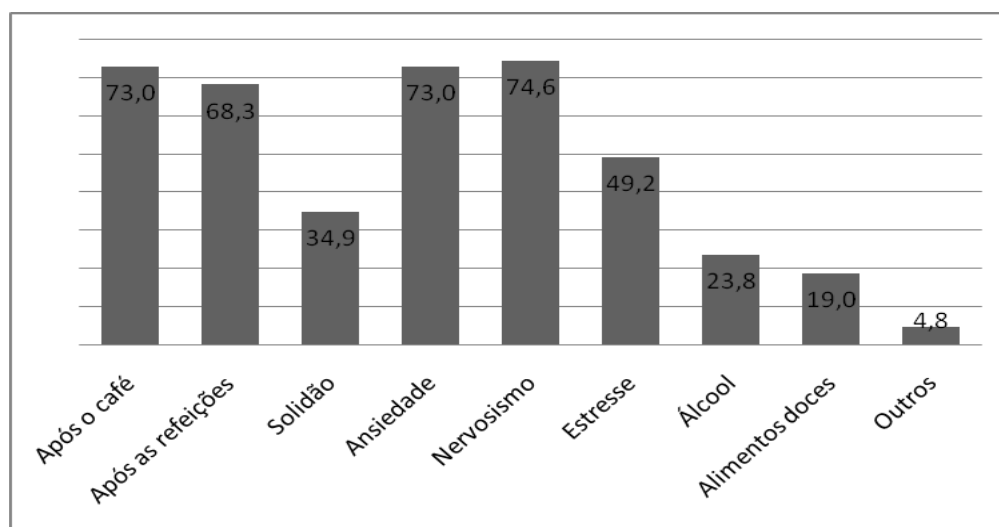


Figura 8. Percentual dos principais efeitos-gatilho para acender o cigarro, segundo os participantes (N=63). Fonte: Fichas Clínicas dos Ambulatórios de Tabagismo

Pode-se verificar a freqüente associação entre o comportamento de fumar e as situações de: *nervosismo* ($n=47$), *ansiedade* e *após consumir café* ($n=46$ para ambas as situações), e *após as refeições* ($n=43$). Estes automatismos contribuem para a ocorrência de lapso (uso eventual) ou recaída (uso continuado), durante a abstinência, representando a dimensão comportamental da dependência à nicotina.

4.2.2 As condições: *fumando e não fumando*

Dentre os 27 participantes que estavam fumando à época da entrevista, 23 disseram que chegaram a parar durante o tratamento, sendo que um deles ficou abstinente por menos de uma semana e a maioria ($n=16$) referiu ter ficado até três meses sem fumar. A média de cigarros fumados diariamente no início da participação nos grupos, considerando apenas estas 27 pessoas, foi de 26,15 cigarros ($DP=17,44$), variando de 3 a 80. Para esta mesma parcela de respondentes, à época da coleta de dados encontrou-se média de 17,70 cigarros ($DP=10,11$) consumidos em um dia e a quantidade máxima de 50. Estes dados já indicam uma mudança no comportamento de fumar, representada pela redução de 32,3% no consumo médio diário.

A estas pessoas, que representam 42,9% da amostra, foi perguntado o que as teria levado a voltar a fumar. Da análise das verbalizações resultaram nove categorias, no entanto, três delas se notabilizaram pela sua freqüência quando comparadas às demais (Tabela 10). A categoria *problemas relacionados à família* teve sete ocorrências e similarmente, *problemas relacionados ao trabalho ou ao dia-a-dia*, com seis relatos. As duas situações parecem compartilhar o fumar como dispositivo para enfrentar o estresse associado aos problemas desses contextos sem, no entanto, garantir a resolução dos mesmos, constituindo o que a psicologia cognitivo-comportamental denomina de enfrentamento focalizado na emoção. Destaca-se que os termos nervosismo e ansiedade permearam os relatos de diferentes categorias, conforme exemplos dispostos na Tabela 10.

A terceira categoria, *contingências favorecedoras do comportamento de fumar* (seis menções), contemplava os elementos e as circunstâncias que funcionavam como gatilho para a pessoa usar o cigarro, encontrando-se: cerveja, barzinho, amigos, ir à casa da irmã que fuma, a parada para o almoço. *Recaída em função de auto-desafio* foi uma situação que obteve três ocorrências e consistia na pessoa imaginar-se livre do tabaco e, em se testando, ela entrava em contato com o cigarro e retomava, gradativa ou brevemente, o comportamento de fumar.

Tabela 10. Categorias de fatores que levaram à recaída, segundo os participantes que estavam fumando a época da entrevista (n=27).

Categoria	f	Exemplos de relatos
Problemas relacionados à família	07	<p><i>“Problemas familiares, com os filhos. Meu filho, que é alcoólatra, casado, ficou trancado num quarto por três dias e a mulher dele saiu de casa, achava que ele já estava morto... aquilo foi muito pesado pra mim. Eu desabei mesmo. Comprei cigarro e cerveja... Então, eu mesma digo “não vale à pena eu tentar tirar o cigarro de mim”, porque é uma coisa que pelo menos me acalma, naquele momento, me ajuda.” (P9, fem., 54 anos)</i></p> <p><i>“Voltei a fumar em outubro. Meu velho faleceu em outubro. (...) Ele morreu, entrei em depressão, sabendo que as coisas iam ficar mais difíceis, né.” (P31, fem., 55 anos)</i></p>
Problemas relacionados ao trabalho ou ao dia-a-dia	06	<p><i>“Eu sentia assim, meio perdido, sem saber por onde começar, tanto serviço, aí, de repente, sentia vontade de fumar. Muita exigência no trabalho.” (P26, masc., 53 anos)</i></p> <p><i>“Foi por contrariedade, tive um aborrecimento e fiquei muito agoniado e minha válvula de escape foi o cigarro.” (P12, masc., 56 anos)</i></p>
Contingências favorecedoras do comportamento de fumar	06	<p><i>“Foi o ambiente. Aquela coisa, barzinho, amigos que fumam, a bebida. É o ambiente mesmo.” (P37, fem., 44 anos)</i></p> <p><i>“Essa mesma colega que me chamou pra fazer o grupo, me convidou pra fumar um cigarro na hora do almoço e aí pronto.” (P57, fem., 67 anos)</i></p>
Recaída em função de auto-desafio	03	<p><i>“(...) Pedi pra ele (filho) um cigarro ‘Daqui ver se eu ainda volto a fumar’. Ele não queria que eu fumasse. Depois, eu comecei a comprar um, passei pra dois, e passei pra carteira. Foi por eu achar que eu estava dominada, quis fazer um teste comigo. Eu não vou fazer mais isso.” (P24, fem., 69 anos)</i></p>
Automatismo	02	<p><i>“Porque eu falo ‘não vou fumar’ quando eu vejo, ele já está aqui (na mão), é sem perceber.” (P1, fem., 64 anos)</i></p>
Ociosidade/distração	02	<p><i>“Alguma coisa que eu tenho que procurar pra me distrair, pra não ficar naquele nervoso. Então, o cigarro é um prazer, uma distração.” (P2, masc., 62 anos)</i></p>
Fissura	02	<p><i>“(...) muita vontade, fissura. Eu me sentia vencida. (...) Foi fissura mesmo, já tava sem cigarro há algum tempo.” (P38, fem., 38 anos)</i></p>
Solidão	02	<p><i>“O meu problema é o fim de semana. Porque no fim de semana eu to só. Não vejo ninguém. Aí acabei voltando pro cigarro.” (P43, fem., 49 anos)</i></p>
Aumento de peso	01	<p><i>“O fato de eu ter engordado 19 quilos pesou mais ainda. Eu era magrinha, pesava 58 quilos. Nunca fui gorda na minha existência, fiquei apavorada. A tal da desculpa do fumante, né: ‘Ah não, preciso emagrecer...’” (P43, fem., 49 anos)</i></p>

Outros fatores associados a não manutenção da abstinência por estes participantes, e que apresentaram a mesma frequência (dois relatos), foram: automatismo, ociosidade/distração, fissura e solidão. O aumento de peso, reação orgânica bastante comum quando se interrompe o consumo de nicotina, foi indicado por uma pessoa, P43, como o fator ou, ao menos, como pretexto para retomar o uso de cigarros.

Às trinta e seis pessoas que, à época da coleta de dados não estavam fumando, foi questionado em que momento elas pararam de fumar (antes, durante ou após as sessões

grupais). Encontrou-se que duas delas abandonaram o cigarro antes do início dos grupos, já tendo sido referido que ambas pretendiam manter a mudança de comportamento, quatorze interromperam na primeira semana, onze, na segunda, cinco entre a terceira e quarta semana e, ainda, três outras pessoas declararam que isso ocorreu algum tempo após a intervenção. As informações prestadas por um participante não foram válidas para análise.

Sobre a forma da interrupção do consumo de cigarros, obteve-se que 27 pessoas pararam abruptamente e nove, gradualmente. A abordagem gradual escolhida por seis dos nove participantes foi a redução, ou seja, fumaram um número de cigarros cada vez menor, número este predeterminado, a cada dia. Os outros três preferiram a abordagem nomeada adiamento, que significa adiar o horário no qual a pessoa começa a fumar por um número de horas definido, a cada dia, sem se preocupar com o número de cigarros. Em ambas as situações – redução e adiamento – a data na qual não se fumará mais nenhum cigarro deve ser prevista, conforme orientação do Ministério da Saúde (Brasil, 2004e).

Quanto à ocorrência de lapso ou recaída desde a participação na intervenção grupal, dos 36 participantes que não fumavam quando da realização da pesquisa, oito manifestaram que sim, tinham vivenciado alguma situação de recaída, e 28 disseram não. No que se refere à possibilidade de voltar a fumar, para este subgrupo, levantou-se, a partir da análise de conteúdo, as seguintes categorias: *nada poderia levar ao lapso ou à recaída; problemas relacionados à família; problemas relacionados ao trabalho ou ao dia-a-dia e contingências favorecedoras do comportamento de fumar*, sendo que as três últimas indicavam o que a pessoa imaginava ou temia que a fizesse voltar ao tabagismo.

Das quatorze pessoas que acreditavam que nada poderia levá-las a situações de lapso ou recaída, a fala de P41 (fem., 30 anos) é representativa: *“Eu acredito que não. Porque eu não associo meus problemas com o tabaco, senão eu tava fumando novamente. Porque os problemas não acabam.”*

Importante observar que essas três categorias foram identificadas no relato dos participantes que voltaram a fumar, não na mesma proporção, mas na mesma ordem, o que permite inferir que o risco de não manutenção da mudança comportamental ainda seja iminente para estas pessoas também. Quem considerou que algum problema familiar representasse risco de lapso ou recaída enfatizou questões de saúde, situações que fossem avaliadas como graves, sendo que a perda de entes queridos por morte foi a situação mais referida. No que tange ao trabalho e ao cotidiano, demonstraram preocupação acerca de desemprego, cobrança e estresse. E, por sua vez, todas as contingências para fumar

encontradas nesse item já haviam sido referenciadas no anterior, que tratou dos que estavam fumando.

Frisa-se que um número considerável dos 36 respondentes ($n=13$) demonstraram insegurança quanto à cessação do tabagismo na medida em que emitiram respostas ambíguas ou com expressão de dúvida, como P11 (fem., 39 anos) “*Então, tenho total certeza de que eu acho que eu posso passar o que for que eu não vou querer voltar.*” Ou como P7 (fem., 41 anos) “*Eu já passei por tanto tropeço depois que eu parei, tanta coisa difícil que eu cheguei a ir na padaria pra comprar e voltei. Acho que não. Acho, mas não posso te responder com certeza. Posso deixar na dúvida?*”. Estes casos não foram contabilizados na Tabela 11.

Tabela 11. Categorias de fatores que poderiam levar à recaída, segundo os participantes que não estavam fumando à época da entrevista ($n=36$)¹.

Categoria	f	Exemplos de relatos
Problemas relacionados à família	07	<p>“<i>Só se pensar o improvável, por exemplo, minha família. Eu adoro minha mãe, se acontecer algo grave com ela, se eu não estiver preparado, acho que eu voltaria sim.</i>” (P14, masc. 32 anos)</p> <p>“<i>Só se for uma tragédia muito grande, porque durante esse período, meu filho caçula casou, há três meses. Foi difícil pra mim, a saudade, e eu não voltei. Só se for uma tragédia muito grande, tipo morte de uma pessoa muito querida.</i>” (P23, fem., 53 anos)</p>
Problemas relacionados ao trabalho ou ao dia-a-dia	02	<p>“<i>(...) eu fico trabalhando a mim mesma que nada vai me fazer fumar. Mas, não sei. Porque desta primeira vez que eu fiquei quatro meses sem fumar, eu fui mandada embora (do trabalho) e eu comecei com essa história ‘não, deixa eu dar um traguinho, não sei o quê..’ e acabei voltando.</i>” (P3, fem., 32 anos)</p>
Contingências favorecedoras do comportamento de fumar	02	<p>“<i>Acho que a cerveja e estar junto com outras pessoas... se eu tiver bebendo uma cerveja e minhas irmãs chegarem lá com um cigarro eu fumo na hora.</i>” (P60, fem., 42 anos)</p>

¹ Dos 36 que estavam fumando, 28 disseram que nada os levaria à recaída e oito identificaram os fatores acima.

4.3 Síndrome de abstinência, fissura e estratégias de enfrentamento

Antes de se perguntar sobre a vivência pessoal quanto à síndrome de abstinência (SA) e, em especial à fissura, procurou-se verificar a compreensão do participante acerca desses termos. Foi solicitado a cada um que expressasse com suas próprias palavras, o que significava SA, primeiramente, e depois, fissura.

Quanto à SA, a maior frequência encontrada foi daqueles que diziam não conhecer o termo ou que o conheciam, lembravam-se dele, mas não sabiam explicar seu

significado (treze ocorrências). As distintas compreensões semânticas expressas pelos outros 50 respondentes foram categorizadas e podem ser vistas na Tabela 12.

Tabela 12. Conceitos de síndrome de abstinência verbalizados pelos participantes (N=63)

Categoria	f	Exemplos de relatos
Não conceitua, exemplifica com sintomas	08	<p><i>“Dá quando você está parada (não está fumando). Aí seu coração começa a disparar...”</i> (P28, fem., 46 anos)</p> <p><i>“Eu acho que a gente fica meio fora de órbita, fica meio zonzinho, não consegue se concentrar...”</i> (P57, fem., 67 anos)</p>
Falta psicológica, sofrimento	07	<p><i>“Eu entendo que deve ser um sofrimento muito grande. O organismo está acostumado com aquela nicotina. Eu entendo que é um sofrimento.”</i> (P4, fem., 62 anos)</p> <p><i>“É o sofrimento mesmo naquele período de ficar sem o cigarro. É complicado. Não é doença, mas é um sofrimento.”</i> (P46, fem., 46 anos)</p>
Sintomas decorrentes da interrupção do uso do cigarro	06	<p><i>“São os sintomas ruins que vêm pela falta do tabaco.”</i> (P23, fem., 53 anos)</p> <p><i>“É você ter reações físicas e psicológicas por não estar ingerindo a droga, a nicotina.”</i> (P54, masc., 40 anos)</p>
Interrupção do uso	06	<p><i>“Síndrome é parar o vício.”</i> (P5, masc., 49 anos)</p> <p><i>“É você fumar e deixar, ‘estou aí na abstinência’, né?!”</i> (P13, fem., 62 anos)</p>
Falta física	05	<p><i>“É a falta da nicotina no sangue, né?! É a mesma coisa da abstinência das drogas.”</i> (P17, fem., 51 anos)</p>
Resposta aproxima-se do conceito de fissura	04	<p><i>“Aquele sensação de desejo de fumar, algo assim?”</i> (P40, fem., 53 anos)</p>
Resposta aproxima-se do conceito de Síndrome do Pânico	04	<p><i>“Pelo que eu escutei falar lá no curso, dá pânico, dá medo, dá suor frio, sensação de desespero.”</i> (P1, fem., 64 anos)</p>
Resposta aproxima-se do conceito de Dependência	04	<p><i>“Eu entendi assim, que é uma pessoa que quer fazer uma coisa, mas está tão destinada por aquele vício que, com qualquer probleminha ela acha que o cigarro resolve. O organismo está dominado.”</i> (P24, fem., 69 anos)</p>
Falta inespecífica/difusa	04	<p><i>“É essa falta que a gente sente de uma coisa que você sabe que está fazendo mal pra você, mas você sente falta, de qualquer jeito.”</i> (P3, fem., 32 anos)</p>
Fase subsequente à interrupção do uso	02	<p><i>“Acho que é aquela fase, assim, quando eu parei, logo no início, eu passei uma fasezinha, assim, meio triste, meio deprimida.”</i> (P11, fem., 39 anos)</p>

A idéia de que a SA seja sentir a falta de algo, no caso da nicotina ou do fumar, permeou a fala de dezesseis pessoas e foi subdividida em três dimensões, conforme a ênfase

apresentada: psicológica, física e inespecífica ou difusa. Se fossem tratadas conjuntamente constituiriam a categoria mais freqüente.

Outros apresentaram sua noção do conceito exemplificando alguns sintomas, mas não demonstraram a compreensão de que a síndrome fosse o conjunto dessas manifestações. Alguns pareceram confundir a SA com outros conceitos, como o de dependência, de síndrome do pânico e de fissura. Houve ainda os que emparelharam o conceito à noção do tempo ou duração deste conjunto de sintomas ou mesmo ao fator desencadeante da síndrome, qual seja a interrupção do consumo do cigarro. Todavia, seis participantes apresentaram uma definição adequada da SA como *sintomas decorrentes da interrupção do uso do cigarro*, que melhor representou a adotada para o estudo.

Após a definição expressa pelo participante, a pesquisadora confirmava ou ajustava o conceito verbalizado àquele definido a partir da literatura (APA, 2002), buscando-se homogeneizar ou, pelo menos, promover aproximações na compreensão do termo. Este procedimento foi considerado importante porque em seguida era perguntado se a pessoa havia sentido efeitos da SA e, em caso afirmativo, era solicitado que dissesse quais foram esses sintomas e, ainda, que pontuasse de 0 a 10 qual teria sido sua intensidade. Dos 63 participantes, 41 (65,1%) responderam que tiveram sintomas relacionados à abstinência e dois não prestaram esta informação. A distribuição da freqüência com que cada sintoma foi mencionado pela amostra encontra-se na Figura 9.

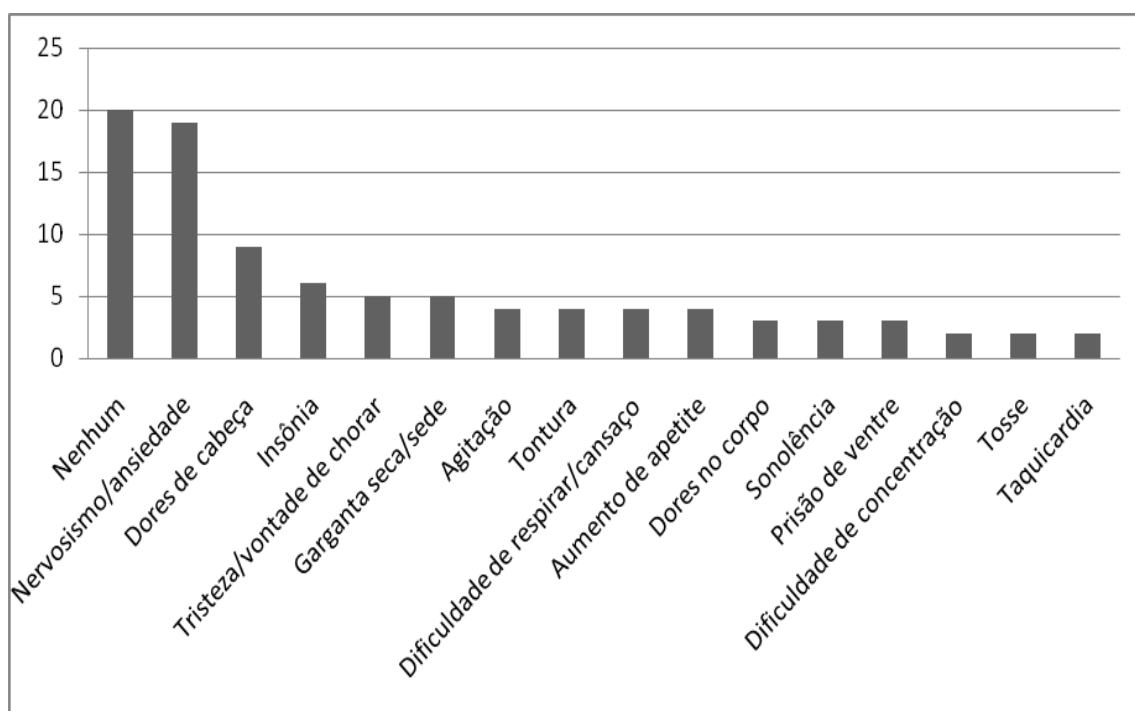


Figura 9. Sintomas da síndrome de abstinência relatados pelos participantes (N=63)

A partir desse gráfico percebe-se claramente que apenas o nervosismo e a ansiedade se despontaram com alta frequência, com dezenove citações. De *dores de cabeça* (nove ocorrências) em diante a sintomatologia apresentou incidência heterogênea e reduzida. Curioso notar que a fissura não foi lembrada espontaneamente como parte deste espectro de sinais e sintomas vivenciados após a interrupção do uso do tabaco, talvez por não ser concebida como tal.

No entanto, quando questionados diretamente sobre o conceito de fissura, as noções apresentadas divergiram menos dentre os respondentes do que em relação à SA, sendo que mesmo nas categorias em que a palavra *intensa* não esteve explícita, sua idéia ficou subentendida como nos termos: compulsão e desespero (Tabela 13). Destaca-se que nove participantes não souberam ou não responderam, um número menor do que os que não conceituaram a SA.

Tabela 13. Conceitos de fissura verbalizados pelos participantes (N=63).

Categoria	f	Exemplos de relatos
Vontade intensa de fumar	43	<p><i>“Fissura é aquele desejo incontrolável.” (P35, fem., 55 anos)</i></p> <p><i>“Fissura é mais fácil sentir do que explicar. É quando você... é o momento mais complicado da vontade de fumar. Porque é quando você sente a vontade mesmo, o corpo pede. O cigarro, o cheiro, inalar, o movimento, o corpo pede aquilo. Eles dizem assim: ‘Espera cinco minutos.’ Mas são os cinco minutos mais longos da sua existência. É uma vontade mortal de fumar um cigarro.” (P43, fem., 49 anos)</i></p>
Tempo de sensação muito intensa	05	<p><i>“Fissura é alguns minutos que você acha que não tem jeito. São dez segundos de uma intensidade que você acha que vai estourar. Não é química, né? Se for eu não sei. Mas é muito intenso. Domina. Me domina, pelo menos, a fissura. Não chega a um minuto uma fissura braba dessas. Ela passa, mas cada qual sabe o peso do seu minuto.” (P38, fem., 38 anos)</i></p>
Compulsão	04	<p><i>“É aquela compulsão, dá naquela hora, fica uns três a quatro minutos, depois passa, né?” (P29, fem., 54 anos)</i></p>
Necessidade intensa de fumar	04	<p><i>“A falta do cigarro dá fissura. É como se estivesse com fome e não tivesse comida mesmo por não sei quanto tempo. Ai quando você come você... é como estar num deserto sem água há dias e quando você encontra água você não pode beber demais porque morre se beber demais. O cigarro é por aí pra mim.” (P47, fem., 63 anos)</i></p>
Desespero/agonia	04	<p><i>“O desespero pra fumar, o pico!” (P62, fem., 42 anos)</i></p>

A categoria mais freqüente, *vontade intensa de fumar*, com 43 citações, expressou bem o conceito. Nela, a palavra *vontade* foi adjetivada pelas pessoas como doida, maluca, mortal, incontrolável, forte, muito grande, parecendo representar o empenho em traduzir a força da vivência subjetiva da fissura. Conforme verbalizado por P43 (fem., 49 anos): *“Fissura é mais fácil sentir do que explicar (...)”*

A fala de P38 (fem., 38 anos) exemplificou a categoria *tempo de sensação muito intensa* que trouxe a compreensão de que a fissura é transitória, portanto, superável e passível de ser manejada. Este tem sido um dos principais argumentos terapêuticos, reafirmado nos manuais do Ministério da Saúde (Brasil, 2004e) e pelos profissionais nas intervenções, que justifica em última instância o desenvolvimento ou aprimoramento de estratégias de manejo e enfrentamento desse sintoma. O relato dessa participante ilustra ainda a noção da fissura como algo diferenciado de outros sinais fisiobiológicos da síndrome “*Não é química, né? Se for eu não sei. Mas é muito intenso*”.

Ao conceituar fissura, três pessoas apresentaram como decorrência dela a imposição sobre o indivíduo para que realize um esforço direcionado e igualmente intenso na busca de uma homeostase rompida. Exemplificando, segue trecho da resposta de P2

“Fissura é quando você tá doido pra fumar, você fica numa fissura quando não tem. Fica agoniado, olha prum lado, olha pro outro. Vai atrás de quem tá fumando, perde até a vergonha de pedir um cigarro, mesmo pra estranhos. Eu já catei até guimba. Não dos outros, né?! Porque lá em casa eu fumo e jogo no quintal, né? Aí tem umas que fica grande, de noite não tem cigarro por eu ter parado de fumar, eu vou lá e pego o pedacinho que ficou, acendo ele. Ou então de noite, uma hora da manhã, quantas vezes já saí pra comprar!” (P42, masc., 42 anos)

Após refinamento do conceito, 52 participantes confirmaram terem vivenciado este sintoma. A Figura 10 permite uma comparação entre as distribuições de frequências das duas variáveis.

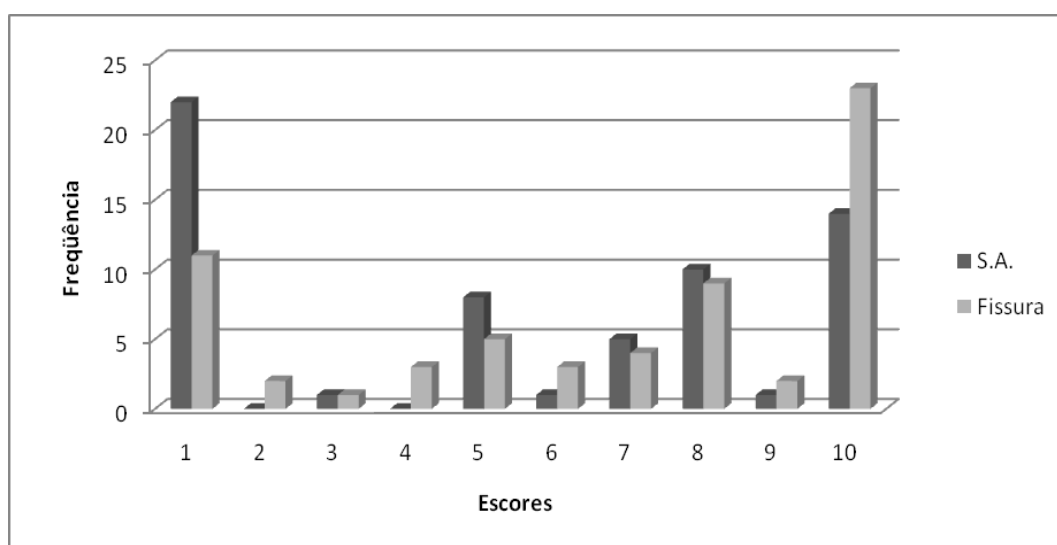


Figura 10. Intensidade percebida da síndrome de abstinência e da fissura (N=63).

Pode-se perceber que, enquanto quatorze pessoas deram nota máxima à intensidade da SA, 23 o fizeram em relação à fissura. A partir de análises estatísticas descritivas, obtiveram-se média de 5,05 pontos para SA ($DP=4,11$) e 6,51 pontos para fissura ($DP=3,73$). Estes dados permitem concluir que a fissura foi um evento mais freqüente e de maior intensidade para essa amostra, provavelmente percebido como mais ameaçador, e, que em razão disso, demandaria maior atenção e cuidado em seu manejo.

Para a identificação das estratégias que os participantes teriam lançado mão no enfrentamento desse *desejo imperioso de fumar*, trabalhou-se com duas formas de investigação: (a) relação das estratégias encontradas no Manual do Participante, que a pessoa recebe na medida em que freqüenta as sessões grupais e (b) pergunta aberta, feita antes da apresentação desta listagem e repetida de forma similar ao final, oportunizando que a pessoa acrescentasse algo que porventura tivesse se lembrado (Anexo 1).

Para cada estratégia de enfrentamento listada a partir do Manual, a pessoa atribuiu escores de acordo com a freqüência com que teria utilizado aquele item para lidar com a fissura e não fumar, adotando-se a seguinte escala tipo Likert: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = às vezes; 3 = freqüentemente e 4 = muito freqüentemente. Com base nas médias das pontuações obtidas para a freqüência de uso de cada estratégia, foram identificadas as cinco mais utilizadas e as cinco menos utilizadas por esse grupo de participantes, como pode ser observado na Tabela 14.

Tabela 14. Relação das estratégias de enfrentamento da fissura sugeridas no Manual do Participante que foram mais e menos utilizadas pela amostra ($N=63$).

Estratégias mais utilizadas		<i>M</i>	<i>DP</i>
E8	Pensar construtivamente	2,94	1,26
E1	Beber muita água	2,83	1,44
E7	Ser positivo e assertivo	2,63	1,40
E11	Discutir o estresse de parar de fumar com seu grupo de apoio, com familiares e amigos	2,14	1,29
E2	Ter sempre consigo algo para mastigar	2,13	1,52
Estratégias menos utilizadas		<i>M</i>	<i>DP</i>
E20	Planejar uma comemoração para festejar seus primeiros seis meses sem fumar	0,35	1,05
E18	Fazer uma lista das dicas mais importantes para você, carregar e reler esta lista	0,38	0,94
E6	Fazer exercícios de fantasia: imaginação e visualização	0,52	1,03
E5	Fazer exercícios de relaxamento muscular	0,70	1,12
E17	Rever seu manual regularmente	0,87	1,27

O Anexo 4 permite uma visualização gráfica da distribuição de frequência de todas as vinte estratégias, facilitando uma comparação mais ampla, já que os dez itens que alcançaram valores centrais não estão disponibilizados na Tabela 14. Dentre as alternativas mais utilizadas, encontraram-se três de caráter comportamental (E1, E11 e E2), uma cognitiva (E8) e uma com implicações tanto cognitivas quanto comportamentais (E7), sendo possível inferir que a própria participação nos grupos de tratamento tenha motivado a alta pontuação em E11.

A estratégia menos utilizada de todas (E20) foi inserida na listagem por constar no manual, seguindo uma padronização da conduta empregada na construção do instrumento, mas era esperado que fosse pouco pontuada, pois não foi critério de inclusão na amostra que a pessoa estivesse abstinente da nicotina, tampouco por um período predeterminado. Ademais, pode-se hipotetizar, já que os grupos de intervenção não foram acompanhados nem investigados, que E5 e E6 não tenham sido ensinadas ou treinadas suficientemente, apontando-se uma possível explicação para seus baixos escores.

Outras estratégias de enfrentamento foram levantadas tanto a partir das respostas às questões abertas sobre o lidar com a fissura, como dos relatos feitos no decorrer da entrevista, transcritos sob a designação de comentários relevantes. Embora mantenham interfaces com as da lista, este levantamento permitiu ampliar o rol de respostas ao estresse representado pela fissura. Inclusive, durante a apresentação da lista era comum que as pessoas dissessem algo como *“isso eu não fiz, mas costumava...”*

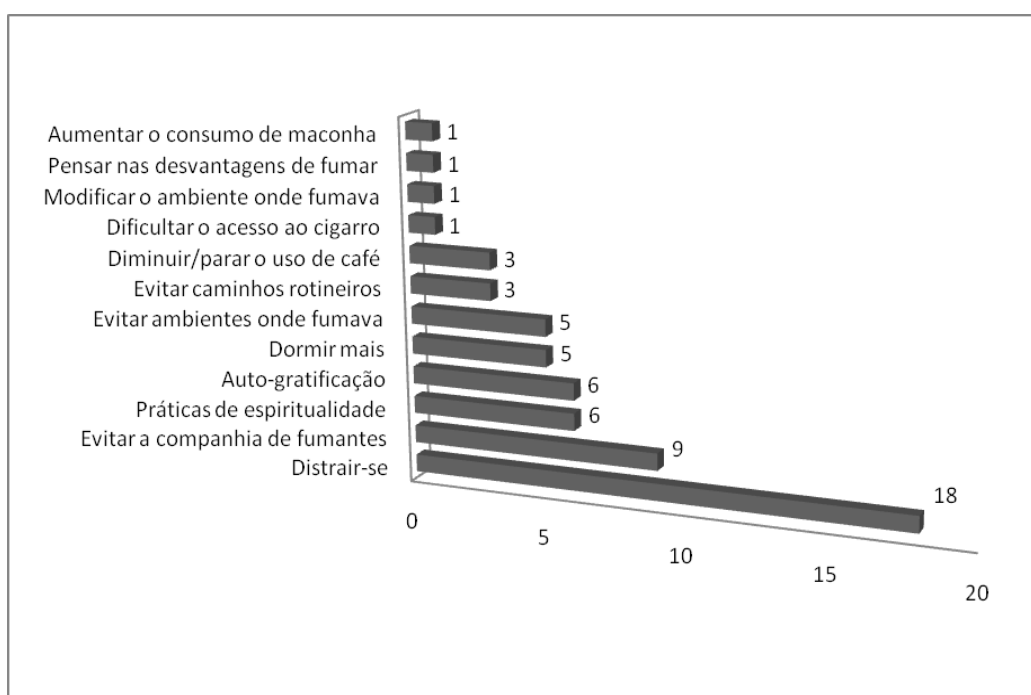


Figura 11. Estratégias de enfrentamento da fissura verbalizadas pelos participantes (N=63)

A partir da observação da Figura 11, identifica-se que a categoria *distrair-se* foi a mais freqüente (18 menções) sendo que nela foram incluídas citações relacionadas à mudança de foco da fissura para outras ações como: pintar a casa, trabalhar, costurar, bordar, passear, conversar, ler, cantar, dançar e ouvir música. Os relatos sobre evitar a companhia de fumantes contemplavam também a ação deliberada de se buscar a companhia de não fumantes. Como exemplos de práticas de espiritualidade obtiveram-se: oração, meditação e promessas, o que qualifica essa categoria de estratégias como cognitivas e também comportamentais. A auto-gratificação foi representada principalmente por ações de auto-cuidado e por dizer-se a si mesmo vitorioso por conseguir ficar sem fumar. Dentre as menos citadas, o aumento do consumo de maconha, mencionado por um participante, chama a atenção por se tratar de substâncias de efeitos distintos no SNC, sendo a nicotina estimulante e a *Cannabis Sativa*, uma substância perturbadora.

Destaca-se que das 59 citações (Figura 11), distribuídas em doze categorias, apenas uma referência foi claramente de caráter cognitivo (*pensar nas desvantagens de fumar*) e que em se considerando conjuntamente as estratégias utilizadas a partir da sugestão do Manual do Participante (Tabela 14 e Anexo 4) e as referidas livremente, pode-se dizer que as do tipo comportamental foram, de longe, as mais usadas para o manejo da fissura.

O tratamento medicamentoso está inserido neste tópico por ser considerado um suporte ao enfrentamento dos efeitos adversos da SA e da fissura, com vistas a aumentar as chances de êxito no processo de parar de fumar. As freqüências relatadas de uso dos distintos recursos terapêuticos e medicamentosos são apresentadas na Figura 12.

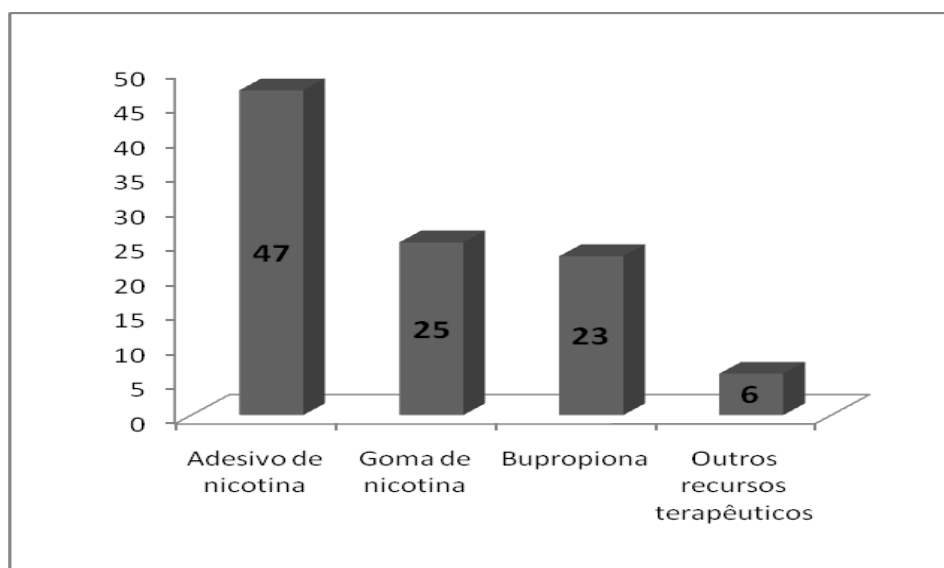


Figura 12. Distribuição de freqüência do uso de medicamentos para tratamento do tabagismo (N=63).

De acordo com informações prestadas pelos participantes da pesquisa, 95,2% ($n=60$) fizeram uso de algum tipo de medicamento, fornecido pelo Ministério da Saúde, no período da intervenção grupal. O adesivo de nicotina foi utilizado por 74,6% da amostra, o mais citado, como se pode verificar na Figura 12. Na categoria *outros recursos terapêuticos* foram agrupados itens como: compostos fitoterápicos ($n=1$), Florais de Bach ($n=1$) e auriculoterapia, uma modalidade de acupuntura ($n=4$). Os dois primeiros recursos foram utilizados por iniciativa dos próprios participantes. Já a auriculoterapia é oferecida como parte do tratamento no HRGu, que conta com médica com formação em acupuntura, sem prescindir da dispensação dos medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde.

As pessoas que mencionaram o uso da auriculoterapia, de modo geral, o avaliaram positivamente, a exemplo de P4, fem., 62 anos “*Eu nem quis goma e adesivo (...) acho que o que ajudou mesmo foi a acupuntura. (...) Só sei lhe dizer que enquanto estava com os pontinhos da acupuntura, eu resisti (à recaída).*”

4.4 Perfil motivacional da amostra

Propôs-se fazer a avaliação do perfil motivacional da amostra ou a identificação da prontidão para a mudança a partir dos resultados da URICA-24. Como já explicitado na descrição do instrumento, ele se baseia no Modelo Transteórico da Mudança do Comportamento e permite uma classificação em estágios, quais sejam: Pré-contemplação (PC), Contemplação (C), Ação (A) e Manutenção (M). Seguindo o protocolo da versão utilizada nesta pesquisa, os estágios A e M foram agrupados, definidos por uma pontuação maior que onze após a aplicação da fórmula. Atribuiu-se o estágio PC, quando a pontuação foi menor que oito pontos e C para o intervalo de 8 a 11 pontos.

A média geral dos escores da URICA-24 foi de 6,78 pontos ($DP=3,93$), o que situaria os participantes, em conjunto, no estágio de pré-contemplação. A Tabela 15 registra o perfil motivacional da amostra, através da classificação em estágios, divididos nas condições: *fumando* e *não fumando*. Reitera-se, porém, que as informações são relativas ao momento da entrevista, uma vez que não se dispõe de dados acerca da prontidão para mudança quando a pessoa iniciou o tratamento.

Faz-se visível na tabela que se segue a incoerência entre os aspectos teóricos e os dados empíricos obtidos a partir da URICA-24. Mesmo considerando a dinâmica do modelo de estágios e sua representação não linear, era esperado que, estando a maior parcela dos entrevistados em abstinência ($n=36$; 57,14%), houvesse uma tendência de que

se concentrassem nos estágios de ação ou de manutenção. E, em decorrência disso, menor número em pré-contemplação.

Tabela 15. Distribuição de frequência nos estágios de prontidão para mudança nas condições: *fumando e não fumando* (N=63).

Estágios	Não fumando	Fumando	Total
Pré-contemplação	28	4	32
Contemplação	8	11	19
Ação/Manutenção	0	12	12
Total	36	27	63

Uma possível explicação para estes achados pode estar no fato de que durante a aplicação deste instrumento, várias pessoas se mostraram confusas diante dos itens que correspondiam à sub-escala PC (Anexo 5). As dúvidas pareciam se relacionar à ocorrência de duas afirmativas em alguns destes itens, podendo-se concordar com uma e discordar da outra. Por exemplo, a sentença *Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu uso de tabaco, mas não há nada em que eu realmente precise mudar* (item 7), foi respondida, recorrentes vezes, com *concordo plenamente* por pessoas que tinham parado de fumar. Acrescentavam algo assim “*É, eu não tenho mais problemas com relação ao meu uso de tabaco, então não preciso mudar.*” Tal situação permite levantar eventuais dificuldades de ordem semântica em relação ao instrumento, justificando a incoerência dos resultados.

Por outro lado, alguns relatos, embora não tenham sido propostas análises com este fim, acabaram por sustentar o pressuposto da mudança de comportamento de forma processual, como na verbalização “*Você vai juntando tudo, de coisas que você vai vendo sobre o cigarro. Em uns dois anos, mais ou menos, fui juntando motivos*” (P28, fem., 46 anos). E também o trecho da fala de P23 (fem., 53 anos) “*Eu já vinha com vontade (de parar de fumar) desde a época que meu pai morreu. Eu planejava, marcava dia ‘Vai ser no meu aniversário, quando eu fizer 50 anos... Vai ser na passagem do ano...’ E nunca cumpria.*”

Mesmo em face das considerações a respeito do instrumento, acredita-se que o aprimoramento de dispositivos de avaliação dos processos de mudança comportamental seja de grande importância e que, quanto à URICA-24, ainda se façam necessários estudos que aprimorem sua adaptação e validação semântica para o uso específico do tabagismo na população brasileira.

4.5 Níveis de ansiedade e de depressão

A ocorrência de ansiedade e depressão na amostra foi investigada, respectivamente, pelo Inventário Beck de Ansiedade (BAI) e Inventário Beck de Depressão (BDI). Sua distribuição pode ser visualizada na Figura 13 e permite a comparação. Destaca-se que o grupo investigado apresentou, predominantemente, níveis mínimo e leve para ambas as variáveis, sendo que para ansiedade o percentual de participantes nessa faixa foi 79,4% ($n=50$) e para depressão, 84,1% ($n=53$). A média nos escores do BAI foi de 12,1 ($DP=10,85$) e no BDI foi de 11,6 ($DP=9,81$).

Para se avaliar o grau de associação estatística entre essas duas variáveis, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, obtendo-se o valor de 0,41, ao nível de significância de 0,01. A isto equivale dizer que para estas pessoas a manifestação dos sintomas de ansiedade e de depressão estiveram moderadamente associados, numa relação positiva, em que quanto maior os escores apresentados em uma variável, maior também os apresentados na outra.

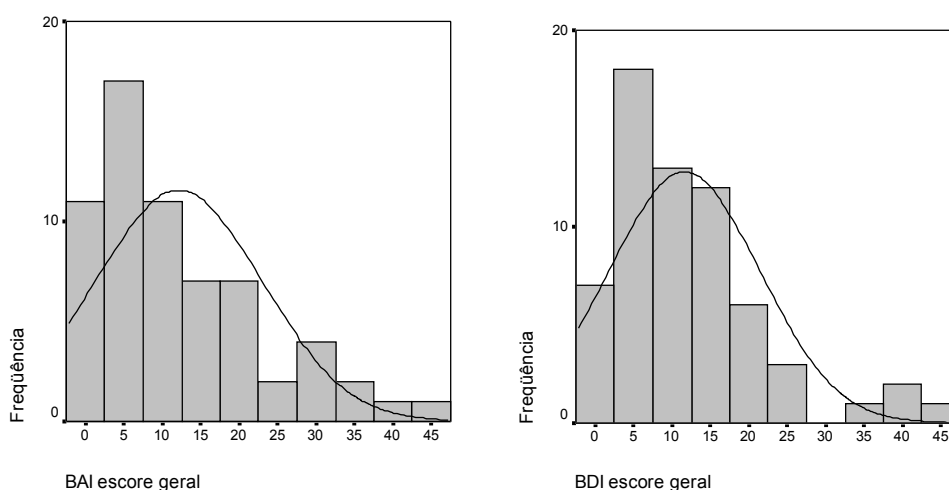


Figura 13. Distribuição de frequência dos escores de ansiedade e depressão ($N=63$)

Embora não tenha sido foco de investigação, pontua-se que o alcoolismo, como condição psiquiátrica associada ao tabagismo, foi mencionado por quatro participantes que relataram, inclusive, terem freqüentado reuniões dos Alcoólicos Anônimos.

4.6 Apoio social, contribuição do grupo e mudanças atribuídas à modificação do comportamento de fumar

Para investigar o apoio social recebido no processo de mudança do comportamento tabagista, segundo a percepção dos participantes, iniciou-se perguntando se a pessoa

morava com alguém à época do grupo de tratamento e também à época da entrevista. Identificou-se que praticamente não houve alteração neste aspecto nos dois momentos, isto é, quando da participação do grupo, 88,9% ($n=56$) dos respondentes viviam com alguém, e 11,1% ($n=7$) declararam residir sozinhos. À época da entrevista, obteve-se que 90,5% ($n=57$) moravam acompanhados e 9,5% ($n=6$) moravam sozinhos. A participação efetiva de alguma pessoa no processo de parar de fumar foi referida por 81% da amostra ($n=51$).

Após categorização dos relatos, constatou-se que as principais fontes de apoio social foram: filhos ($n=34$); parceiro(a)/cônjuge ($n=22$); colegas do grupo de tabagismo ($n=21$); as pessoas do grupo como um todo, sem especificação ($n=18$); os profissionais que atuavam no grupo ($n=15$); outros familiares, como pais, tios, cunhados e outras pessoas, como vizinhos, pessoas do trabalho, amigos ($n=9$ em ambas as categorias) e netos ($n=7$).

Da fala de onze pessoas depreendeu-se o apoio social como um fator secundário em seu processo de mudança comportamental, o que se pode ilustrar com relatos como: “(...) mas, eu acho que foi mais eu” (P3, fem., 32 anos) e “A minha parada se deve a mim mesmo, à minha decisão” (P45, masc., 43 anos).

Quando solicitados a atribuírem um valor de zero a dez para a contribuição do grupo de tratamento na modificação de sua conduta tabagista, 68,2% ($n=43$) deram nota máxima, a menor nota referida foi quatro, tendo sido dada por apenas uma pessoa, e cinco participantes não prestaram esta informação, conforme exposto na Figura 14.

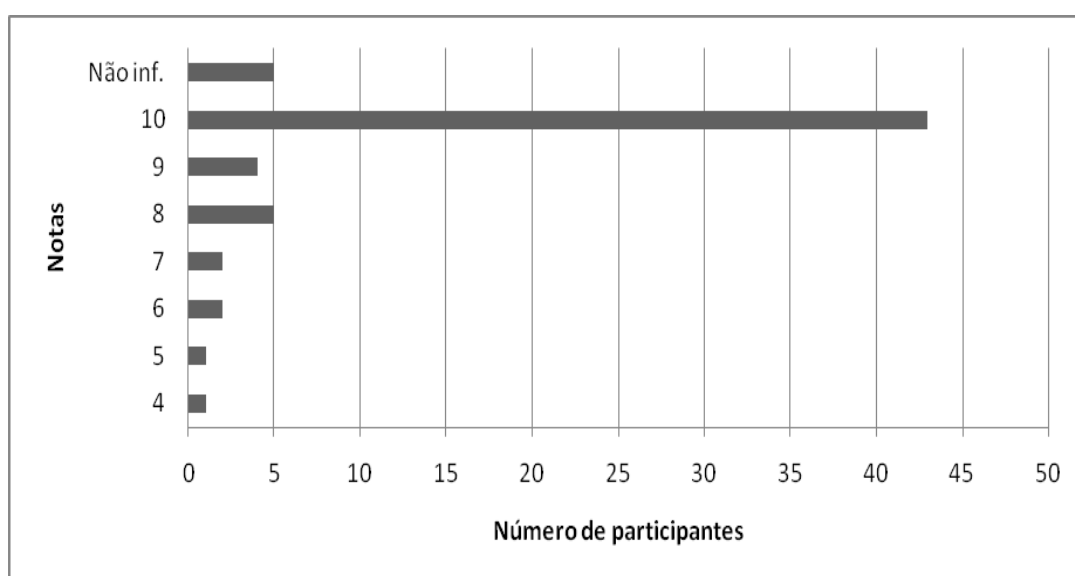


Figura 14. Distribuição de frequência das notas atribuídas pelos participantes à contribuição do grupo na mudança de seu comportamento de fumar ($N=63$).

Pode-se concluir por uma avaliação bastante positiva quanto ao papel representado pela intervenção grupal, uma vez que 90,5% ($n=57$) das pessoas egressas dos grupos atribuíram nota igual ou maior que cinco.

Do ponto de vista qualitativo, foram analisados os comentários e justificativas que se seguiam à pontuação, encontrando-se as cinco categorias apresentadas na Tabela 16.

Tabela 16. Contribuições do grupo de intervenção para a mudança do comportamento de fumar, segundo relato dos participantes ($N=63$).

Categoria	<i>f</i>	Exemplos de relatos
Troca de experiências entre pares	37	<p><i>“Quando a pessoa não é fumante, ela critica muito ‘Ah, você tem que parar. Isso é falta de vergonha’. E ali no grupo, não, são pessoas na mesma situação e com a mesma dificuldade. Você vê que não é palhaçada, não é nada disso. É difícil mesmo e você estando ali, cada um conta o seu problema e vê que tem pessoas iguais a você e tem vontade de parar também.”</i> (P3, fem., 32 anos)</p> <p><i>“Eu me espelhei muito no próprio pessoal do curso, no pessoal que estava compartilhando. Porque eu mostrando pro grupo que eu consegui parar, eu queria passar essa força pra todos. Foi um troféu ter chegado na aula seguinte e ter falado ‘Eu parei’.”</i> (P32, masc., 49 anos)</p>
Informações sobre as desvantagens de fumar cigarros	19	<p><i>“Não me ajudou muito a mudar o hábito de fumar. Mas me ajudou na consciência de que o fumo é prejudicial. Hoje eu sofro porque eu não larguei até hoje, porque eu sei que estou prejudicando, não só a mim, mas àqueles que vivem ao meu redor. Fumar com culpa é melhor, porque é um meio caminho andado.”</i> (P1, fem., 64 anos)</p> <p><i>“A palestra do médico foi o que mais ajudou, as informações.”</i> (P22, fem., 44 anos)</p>
Apoio recebido e aumento do compromisso com a mudança	12	<p><i>“Acho que você precisa de um suporte emocional sim. Se eu não tivesse tido esse suporte emocional do grupo, não sei se eu pararia.”</i> (P7, fem., 41 anos)</p> <p><i>“Eu acho que só aquele esforço que as pessoas fazem de tentar ajudar alguém que tem um vício, você se sente na obrigação de tentar mudar.”</i> (P6, masc., 49 anos)</p>
Medicamentos fornecidos	11	<p><i>“(…) o remédio que a gente toma não faz parar de fumar, faz tranquilizar aí ajuda. Foi isso que me ajudou, que eu não fiquei ansiosa.”</i> (P30, fem., 59 anos)</p>
Incentivo e apoio dos profissionais	11	<p><i>“(…) o apoio da equipe foi muito importante. Parar sozinha é muito difícil. Acho que sem o apoio do grupo eu não teria parado. Com toda a vontade, com todo o conhecimento, com todos os medos que eu tinha do fumo. Eu tinha muito medo de ter um câncer, medo de ficar igual ao meu pai. Mesmo assim, eu não conseguia. Achei muito importante isso aí.”</i> (P23, fem., 53 anos)</p>

A categoria *troca de experiências entre pares* que representa a importância atribuída à possibilidade de compartilhar dificuldades e sucessos, motivar-se e influenciar a motivação do colega de grupo, sentir-se compreendido e ouvir relatos de vivências semelhantes, obteve 37 ocorrências. Sob a designação de *informações sobre as desvantagens de fumar cigarros* foram incluídos os relatos acerca de quaisquer recursos (manuais impressos, fala dos profissionais e outros) que contribuíram para o aumento da

consciência sobre os riscos do tabagismo à saúde e à vida. Em consonância com o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, essas ações podem ter auxiliado alguns participantes ambivalentes quanto à mudança do comportamento de fumar a avançarem pelos estágios motivacionais. Dezenove relatos compuseram esta categoria.

As percepções a respeito do grupo como um todo como um amparo que teria fortalecido a intenção de mudança e a própria busca do objetivo do participante foram categorizadas sob a designação de *apoio recebido e aumento do compromisso com a mudança* (doze ocorrências). Tanto *medicamentos fornecidos* pelo Ministério da Saúde quanto *incentivo e apoio dos profissionais* tiveram onze menções. Além dessas categorias e provavelmente motivados pelo caráter avaliativo da questão apresentada, oito participantes fizeram sugestões para o funcionamento do programa, tais como: maior duração e frequência das sessões grupais; oferta de apoio de psicólogo no grupo; participação da família no tratamento.

A última questão do roteiro de entrevista objetivava verificar a existência de mudanças na vida da pessoa que ela associasse à modificação de seu comportamento de fumar. Apenas quatro disseram que nada tinha mudado. Ressalta-se que o questionamento foi direcionado tanto às pessoas que não estavam fumando quanto às que estavam fumando, sendo que estas últimas basearam-se em suas experiências decorrentes da diminuição do uso de cigarro ou nas ocasiões de tentativas de parar de fumar.

Muito embora na pergunta tenha-se procurado garantir imparcialidade, admitindo-se tanto mudanças consideradas positivas quanto negativas, a percepção dos ganhos foi quase unânime, daí o título da Tabela 17. Apenas *melhora do paladar e do apetite*, com 29 citações, apresentou alguns depoimentos com avaliação negativa em função do aumento de peso, o que pode ser ilustrado pela fala de P46 (fem., 46 anos) “*Foi positivo, foi muito positivo. Só os quilos a mais que realmente incomodaram e a gente sabe que depois de uma certa idade é difícil perder peso.*”

Vale frisar que *não cheirar mais a cigarro*, mesmo constituindo categoria específica, foi um aspecto presente em outras como *maior aceitação social, aumento da auto-estima e ganhos relacionados à vida sexual*. Estes atravessamentos entre categorias demonstram que os ganhos são sistêmicos e articulados, o que pode ser exemplificado pelo relato de P28 (fem., 46 anos) “*Tudo: pele, cheiro, disposição, alimentação. Quando você está fumando você não sente o sabor dos alimentos. Respiração... é um conjunto de tudo de bom. Parar de fumar é 10!*” e pelo de P47 (fem., 63 anos)

“Eu fiquei mais cheirosa. Minha auto-estima aumentou. Eu tratava as pessoas de longe por causa do cheiro. Então, eu to me sentindo mais livre, me senti melhor de falar com as pessoas. Eu tinha medo, me senti insegura, mas consegui. Me senti melhor dentro do contexto, minha pele tava mais clara, me senti mais segura pra estar com as pessoas.”

Tabela 17. Ganhos atribuídos à modificação do comportamento de fumar (N=63).

Categoria	f	Exemplos de relatos
Melhora do paladar e do apetite	29	<p><i>“Consegui ganhar peso, eu não estou me sentindo tão caidinha, com aparência abatida.”</i> (P11, fem., 39 anos)</p> <p><i>“A alimentação, eu sinto mais o gosto da comida, tenho mais vontade de comer, mais fome.”</i> (P63, fem., 70 anos)</p>
Não cheira mais a cigarro/sente melhor os cheiros	28	<p><i>“Quando eu fumava, um frasco de perfume, pra mim, eu usava três meses. Eu passava e não me sentia perfumado. Agora, um vidro dá pra um ano, já sinto o cheiro do perfume, sinto o cheiro da comida.”</i> (P14, masc., 32 anos)</p> <p><i>“Sempre teve aquele cheirinho de cigarro no cabelo, na roupa, que não tem mais.”</i> (P45, masc., 43 anos)</p>
Melhora da respiração e da disposição	27	<i>“O cansaço acabou. O cansaço, aquele mal-estar, aquela preguiça, acabou tudo.”</i> (P36, masc., 32 anos)
Maior aceitação social/melhora na convivência com a família	20	<i>“Minha vida mudou muito. (...) Posso chegar perto dos meus netos sem estar fedendo. Eles reclamavam ‘Ai, vô,cê tá fedendo cigarro.’ Mudou muito a minha vida, graças a Deus!”</i> (P48, fem., 56 anos)
Melhor aspecto da pele, cabelo e unhas	15	<i>“Depois que parei, meus cunhados, irmãos, minha irmã, falou que minha pele limpou, porque quem fuma tem tipo uma graxa no rosto.”</i> (P32, masc., 49 anos)
Melhora do sono	08	<i>“Olha, eu tenho dormido melhor só por conta de ter reduzido a quantidade de cigarro. Pra quem fumava 30 a 40, fumar 20, já melhorou.”</i> (P4, fem., 62 anos)
Mais concentração nas tarefas	06	<i>“(...) muitas vezes eu tinha que sair de uma sala de reunião, aquela fissura pra sair pra fumar um cigarro! Eu mal prestava atenção na reunião...”</i> (P32, masc., 49 anos)
Aumento da auto-estima	06	<i>“Eu recuperei o amor próprio. Pronto. Só isso.”</i> (P25, fem., 45 anos)
Maior consciência e autocontrole em relação ao cigarro	05	<i>“Só o alívio emocional de saber que o cigarro não manda em mim totalmente, eu acho que essa é a melhor parte, é o psicológico.”</i> (P62, fem., 42 anos)
Ganhos relacionados à vida sexual	03	<i>“O desempenho (sexual) até melhora. Porque ele (parceiro) não fuma e eu fumava, então ficava aquela coisa desagradável.”</i> (P35, fem., 55 anos)
Redução de nervosismo e ansiedade	03	<i>“Melhorou o corpo, meu nervosismo que era demais, eu não sabia conversar sem estar agredindo ninguém, principalmente meu marido.”</i> (P30, fem., 59 anos)
Economia do dinheiro que gastava na compra de cigarros	02	<i>“Tá dando pra juntar um dinheirinho.”</i> (P21, masc., 33 anos)

Ademais, é bastante coerente que a categoria *economia do dinheiro que gastava na compra de cigarros* tenha sido pouco citada (duas ocorrências), face à distribuição de renda familiar da amostra, em que mais de 60% apresentou rendimento mensal superior a cinco salários mínimos.

4.7 Associação entre as condições *fumando* e *não fumando* à época da entrevista e algumas variáveis do estudo

Os dados obtidos permitiriam diferentes eixos de análises, contudo decidiu-se tomar como variável critério estar ou não fumando à época da entrevista, por ser a que melhor representaria a temática do trabalho – mudança do comportamento tabagista –, e verificar se existiam influências estatisticamente significativas entre outras variáveis e esta na amostra investigada. Assim, aplicou-se o teste Qui-quadrado (χ^2) considerando-se como nível de significância $p \leq 0,05$.

4.7.1 Associação com variáveis sociodemográficas

Na Tabela 18 estão dispostos os resultados encontrados na aplicação do teste estatístico e também as frequências absoluta e percentual de cada variável sociodemográfica testada em relação ao comportamento de fumar ou não dos participantes à época em que responderam à entrevista.

Como se pode visualizar, não foi obtida significância estatística nas variáveis analisadas, ou seja, a condição de estar ou não fumando não se diferenciou segundo o gênero, faixa etária, escolaridade, renda familiar ou situação conjugal na amostra estudada. Pôde-se perceber, no entanto, frágil tendência no sentido de um maior número de pessoas do sexo masculino manter-se em abstinência do tabaco em relação às do sexo feminino, assim como os participantes mais jovens e com maior nível de escolaridade, quando comparados aos mais velhos e com menos anos de estudo (Tabela 18).

Tabela 18. Associação entre as condições *fumando* e *não fumando* à época da entrevista e variáveis sociodemográficas (N=63)

Variáveis		Fumando (n=27)		Não fumando (n=36)		Total (N=63)		χ^2
		n	%	n	%	n	%	
Sexo (df=1)								
	Masculino	7	31,8	15	68,2	22	100	1,68
	Feminino	20	48,8	21	51,2	41	100	
Faixa etária (df=1)								
	Até 49 anos	11	34,4	21	65,6	32	100	1,91
	50 anos ou mais	16	51,6	15	48,4	31	100	
Escolaridade (df=1)								
	Até ens. médio incompleto	11	52,4	10	47,6	21	100	1,17
	Ens. médio completo ou mais	16	38,1	26	61,9	42	100	
Renda familiar (df=2)								
	Até dois SM	6	46,2	7	53,8	13	100	0,56
	Três até cinco SM	4	33,3	8	66,6	12	100	
	Mais de cinco SM	17	44,7	21	55,3	38	100	
Situação conjugal (df=1)								
	Casado/a ou união consensual	14	38,9	22	61,1	36	100	0,54
	Solt., divorc., separ., viúvo/a	13	48,1	14	51,9	27	100	

* $p \leq 0,05$

4.7.2 Associação com variáveis relacionadas ao tratamento e ao comportamento de fumar

A Tabela 19, que apresenta a relação entre a condição de estar ou não estar fumando com determinadas variáveis do tratamento e do comportamento tabagista, segue a mesma descrição e critérios apresentados para a Tabela 18.

Dentre as variáveis antecedentes, três alcançaram valores limítrofes quanto à significância estatística: tempo de uso do tabaco na vida ($\chi^2= 4,7$; $p=0,095$), escore de depressão ($\chi^2= 3,11$; $p=0,078$) e de ansiedade ($\chi^2= 3,11$; $p=0,078$). Os dados mostraram que as pessoas que consumiram tabaco por 40 anos ou mais estavam em maior frequência no grupo de fumantes quando a pesquisa foi realizada, indicando que tinham maior dificuldade em mudar o comportamento de fumar. No que se refere à depressão e à ansiedade, pode-se perceber alguma propensão das pessoas com níveis leves, moderados ou graves a continuarem fumando, ao passo que as que apresentaram nível mínimo interromperam o uso do tabaco com maior frequência.

Tabela 19. Associação entre as condições *fumando* e *não fumando* à época da entrevista e variáveis do tratamento e do comportamento de fumar (N=63)

Variáveis	Fumando (n=27)		Não fumando (n=36)		Total (N=63)		χ^2
	n	%	n	%	n	%	
Unidade de Saúde (df=3)							
HRGu	8	57,1	6	42,9	14	100	1,76
Policlínica	6	35,3	11	64,7	17	100	
HRAN	7	43,8	9	56,3	16	100	
CSB 08	6	37,5	10	62,5	16	100	
Tempo de uso do tabaco (df=2)							
Entre 10 e 24 anos	6	37,5	10	62,5	16	100	4,70*
Entre 25 e 39 anos	9	32,1	19	67,9	28	100	
40 anos ou mais	12	63,2	7	36,8	19	100	
Nível de dependência à nicotina - QDNF (df=2)							
Baixo e muito baixo	5	38,5	8	61,5	13	100	2,55
Médio	3	30,0	7	70,0	10	100	
Elevado e muito elevado	19	47,5	21	52,5	40	100	
Tentativas anteriores de parar de fumar (df=2)							
Nenhuma	6	35,3	11	64,7	17	100	0,77
Uma	9	50,0	9	50,0	18	100	
Duas ou mais	9	42,9	12	57,1	21	100	
Auto-eficácia (df=1)							
Até cinco	7	33,3	14	66,6	21	100	1,35
Seis ou mais	20	48,8	21	51,2	41	100	
Intensidade da fissura (df=1)							
Até cinco	8	36,4	14	63,6	22	100	0,58
Seis ou mais	19	46,3	22	53,7	41	100	
Escore de Ansiedade (df=1)							
Até 10	12	33,3	24	66,7	36	100	3,11**
11 ou mais	15	55,6	12	44,4	27	100	
Escore de Depressão (df=1)							
Até 11	12	33,3	24	66,7	36	100	3,11**
12 ou mais	15	55,6	12	44,4	27	100	
Tempo decorrido entre o início do grupo e a entrevista (df=1)							
Seis a nove meses	14	40,0	21	60,0	35	100	0,26
Dez a doze meses	13	46,4	15	53,6	28	100	
Fez uso de bupropiona (df=1)							
Sim	8	34,8	15	65,2	23	100	0,96
Não	19	47,5	21	52,5	40	100	

Continua

Continua

Tabela 19. Associação entre as condições *fumando* e *não fumando* à época da entrevista e variáveis do tratamento e do comportamento de fumar (Continuação)

Variáveis do tratamento e do comportamento de fumar (Continuação)								
Variáveis	Fumando (n=27)		Não fumando (n=36)		Total (N=63)		χ^2	
	n	%	n	%	n	%		
Fez uso de adesivo transdérmico - TRN¹ (df=1)								
Sim	22	46,8	25	53,2	47	100	0,18	
Não	5	31,3	11	68,8	16	100		
Fez uso de goma de mascar - TRN¹ (df=1)								
Sim	13	52,0	12	48,0	25	100	1,42	
Não	14	36,8	24	63,2	38	100		
Fez uso de algum medicamento a fim de parar de fumar (df=1)								
Sim	26	43,3	34	56,7	60	100	0,12	
Não	19	47,5	21	52,5	40	100		

* $p = 0,095$ ** $p = 0,078$ ¹Terapia de Reposição de Nicotina

Outras variáveis que não apresentaram associação significativa com a variável critério foram: nível de dependência à nicotina ($\chi^2=2,55$; $p=0,280$); unidade de saúde em que o respondente participou do tratamento ($\chi^2=1,76$; $p=0,624$); auto-eficácia percebida para a mudança comportamental ($\chi^2=1,35$; $p=0,246$); número de tentativas anteriores ao tratamento para parar de fumar ($\chi^2=0,77$; $p=0,680$); intensidade percebida da fissura ($\chi^2=0,58$; $p=0,446$) e tempo decorrido desde a participação nas sessões grupais, considerando um período de seis a doze meses ($\chi^2=0,26$; $p=0,608$).

Ainda conforme registrado na Tabela 19, o uso de medicamentos no tratamento para a cessação tabágica foi considerado tanto separadamente – adesivos ($\chi^2=1,18$; $p=0,277$), goma de mascar ($\chi^2=1,41$; $p=0,234$) e bupropiona ($\chi^2=0,96$; $p=0,33$) – quanto em conjunto ou de modo não diferenciado sob a designação *fez uso de algum medicamento a fim de parar de fumar* ($\chi^2=0,12$; $p=0,73$). Também nestes casos não foi encontrada diferença significativa quanto aos comportamentos de fumar ou não fumar quando da coleta de dados.

5. DISCUSSÃO

Reconhecer a multidimensionalidade da temática do tabagismo foi primordial para a decisão de combinar recursos quantitativos e qualitativos de pesquisa, o que é corroborado por Günther (2006) ao afirmar: “à medida que perguntas de pesquisa freqüentemente são multifacetadas, comportam mais de um método” (p.207). Essa questão metodológica também foi considerada por Serapioni (2000) ao dizer da possibilidade de se conferir um razoável grau de validade interna e externa aos resultados, considerando que os métodos quantitativos apresentam como ponto forte a sua validade externa, a possibilidade de generalização dos achados para a população; e que os métodos qualitativos têm boa validade interna, focalizam as especificidades dos grupos sociais estudados, embora sejam frágeis quanto à generalização.

Igualmente importante para o uso desse arranjo metodológico foi considerar os objetivos da pesquisa, cujo alcance esperado se depreende do seu título na expressão “aspectos relacionados a”, admitindo-se buscar possíveis associações e não relações causais; e, assim também, seu delineamento descritivo com fins exploratórios. Como premissa básica deste trabalho teve-se, portanto, a da complexidade da mudança do comportamento de fumar em detrimento da idéia popularizada e reducionista do “basta querer” ou “é falta de vergonha na cara”, como outros estudos e os relatos dos participantes confirmaram.

Neste capítulo em que serão discutidos os resultados considerados relevantes, destaca-se que as análises quantitativas conferiram certa horizontalidade e permitiram comparação com a literatura pesquisada, sobretudo a nacional, e que a análise do conteúdo das entrevistas permitiu uma aproximação com a perspectiva do respondente, bem como certa verticalidade na medida em que foram consideradas as experiências subjetivas.

5.1 Sobre o perfil sociodemográfico da amostra

No que se refere ao gênero, é possível que a proporção encontrada dentre os participantes – quase o dobro de mulheres para cada homem –, seja semelhante à da população que tem buscado o tratamento para a cessação do tabagismo nas unidades públicas de saúde do Distrito Federal, sendo que essa tendência coincidiria com os achados de Santos, Gonçalves, Leitão Filho e Jardim (2008). Os autores atribuem esses dados a aspectos como: maior prevalência de depressão no gênero feminino, estresse relacionado à dupla jornada de trabalho, dificuldade na manutenção do peso nas tentativas de cessação

do tabagismo ou mesmo menor relutância das mulheres em admitir dificuldades no cuidado à saúde e em solicitar ajuda especializada.

Talvez, ainda, esse último argumento, que apresenta clara implicação cultural, esteja associado à possibilidade das pessoas do sexo feminino terem mostrado maior disponibilidade em participar voluntariamente da pesquisa, comparecendo à unidade de saúde. Distribuição diversa foi encontrada por Rosas e Baptista (2002) – predomínio de pessoas do sexo masculino (80%) em um programa de intervenção em Portugal –, no entanto, o contexto era o de um hospital e incluía pessoas em internação.

Embora não se tenha identificado uma associação significativa entre sexo e a condição de abstinência ou não, no presente estudo, os homens apresentaram uma propensão um pouco maior ao abandono do cigarro após alguns meses de tratamento – 68,2% contra 51,2% identificado dentre as mulheres. Sobre esse resultado, destaca-se que o aumento da prevalência do tabagismo no sexo feminino (Brasil, 2004a) poderia estar associado tanto ao aumento da incidência nesse grupo, quanto aos menores índices de cessação do consumo do tabaco dentre elas.

Dentre as variáveis sociodemográficas, a literatura tem apresentado a escolaridade e o nível sócio-econômico como importantes no estudo do tabagismo, numa associação direta e negativa com o parar de fumar. A isso corresponde dizer que nos grupos com menor nível de estudo formal e de renda familiar mensal, menores tem sido as taxas de cessação do tabagismo, e também maior a prevalência dessa dependência química (Brasil, 2004a). Iglesias e cols. (2008) apontam que a prevalência do tabagismo é de 1,5 a 2 vezes maior entre aqueles que possuem pouca ou nenhuma educação formal, em comparação com os que possuem mais anos de escolaridade. No mesmo sentido, Halal, Victora e Barros (1993), ao investigarem os determinantes do comportamento de fumar e de seu abandono durante a gestação, encontraram que maior renda familiar apresentou tendência de associação com o abandono do cigarro ($p<0,001$).

O fato de que cerca de dois terços dos participantes tinham no mínimo nível médio completo, escolaridade considerada alta de acordo com os parâmetros nacionais, e de que proporção semelhante auferia rendimentos mensais superiores a cinco salários mínimos, parecem corroborar esta tendência, e provavelmente reflitam as maiores possibilidade de acesso à informação. Reafirma-se, contudo, que a submissão desses fatores a testes estatísticos não apontou significância no grau de influência observada.

5.2 Sobre o comportamento tabagista e o tratamento para sua mudança

O percentual de pessoas que se mantém em abstinência após um tratamento formal é reconhecido na literatura como um dos principais indicadores da efetividade da intervenção realizada. Muito embora essa avaliação não tenha sido o fim último do estudo em questão, pode-se considerar que a proporção encontrada de participantes que não estava fumando (57,1%) foi um resultado positivo e satisfatório, em comparação ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Na Portaria SAS/MS 442/04 (Brasil, 2004d) encontra-se a seguinte informação: “Estudos mostram que um programa de cessação de fumar é considerado efetivo quando se alcança a taxa de cessação de fumar igual ou superior a 30% após 12 meses” (Brasil, 2004c). Reconhece-se, todavia, que a pesquisa investigou situações que distavam de seis a doze meses do início do tratamento e que a mudança do comportamento de fumar pode apresentar períodos de remissões e recidivas, como quaisquer outras doenças crônicas e dependências químicas, de acordo com o documento ministerial. Assim, o resultado é interessante, mas deve ser ponderado pelo caráter dinâmico desse indicador ao longo do tempo e também por se tratar de uma amostra de conveniência. É possível que pessoas que não aceitaram o convite para participar do estudo não tenham parado de fumar.

A idade média com que os entrevistados iniciaram o comportamento tabagista –15,8 anos –, esteve muito próxima à média do país, 15 anos, segundo publicação governamental (Brasil, 2004a) e à identificada por Santos e cols. (2008), igual a 15,6 anos. Doze anos seria a idade em que a maioria dos brasileiros começaria a fumar segundo outra fonte governamental (Brasil, 2004b), o que diferiu pouco do encontrado nesta pesquisa, pois as idades de treze e quatorze anos tiveram igualmente as maiores concentrações.

Rosas e Baptista (2002) verificaram idade média um pouco superior para o início do consumo regular de tabaco em uma amostra portuguesa – 17,5 anos –, assim como encontraram uma amplitude maior para essa variável, de 10 a 40 anos. No presente estudo encontrou-se relato de início muito precoce, aos sete anos de idade, e idade máxima de iniciação aos 27 anos. Essas análises ratificam o *status* do tabagismo como “doença pediátrica” na amostra estudada e na população da qual ela faz parte (Brasil, 2004a).

A despeito das freqüentes publicações que tratam da influência das ações de marketing veiculadas pelas indústrias do tabaco, neste estudo a categoria *modismo/influência da mídia* foi pouco mencionada. Podem-se levantar pelo menos três possíveis explicações: (a) vieses de memória, por se tratar de circunstâncias ocorridas a não menos de dez anos pra uns e até 60 anos para outros respondentes; (b) o caráter

subliminar e subjetivo dessas ações, (c) a interface do conteúdo dessa categoria com outras tais como *percepção do fumar como algo bonito/chique, influência de pares/colegas e necessidade de pertencimento/auto-afirmação* que foram mais mencionadas. Corroborando as duas últimas hipóteses, Cavalcante (2009) destaca:

“Embora a indústria do tabaco alegue publicamente que é a pressão dos pares e não a propaganda que induz os jovens a começar a fumar, os seus documentos internos e as evidências mostram que a pressão dos pares faz parte de um ciclo onde muitos adolescentes que pressionam seus colegas a começar a fumar, aderiram ao tabagismo seduzidos pelas fabulosas propagandas que sutilmente inserem o ato de fumar como parte do universo adolescente, revestido de toda uma simbologia de passagem para o mundo adulto, envolvida numa aura de sucesso e liberdade” (p.17).

Sobre a categoria *contato com cigarro por demanda de terceiros*, lendo-se por terceiros em sua maioria os pais e avós, é importante considerar que os fatos contados se reportavam predominantemente à década de 70 e que naquele momento sócio-histórico-cultural, nas diversas regiões do Brasil, não era corrente a percepção do cigarro como algo danoso, a ser evitado, e assim não era foco de preocupação e cuidado educacionais. Menos conhecido ainda era a propriedade adictiva da nicotina que só começou a ser questionada internacionalmente, de forma mais sistemática, após a publicação dos documentos secretos da indústria do tabaco, conforme apresentado no Capítulo 1.

Essa dimensão de aceitabilidade social do tabagismo foi verificada por Calsavara e Fontanella (2007) em seu trabalho “Uso de tabaco iniciado na infância: Relatos de adultos em tratamento” e categorizada sob a designação de “Normalidade sociocultural e familiar do ato de fumar tabaco”. Entretanto, Cavalcante (2009) enfatiza que uma das diretrizes do PNCT seja exatamente a redução da aceitação social do tabagismo. Na presente pesquisa, a participante identificada como P7 (41 anos) sintetizou de forma simples e clara o fenômeno vivenciado pelos fumantes quanto à essa mudança de paradigma “*Engraçado, né... O que me fez fumar foi a inclusão e o que me levou a querer parar foi a exclusão*”.

Conforme apresentado no capítulo anterior, o tempo de uso do tabaco na vida, com média de 33,9 anos, foi uma das variáveis que esteve muito perto de alcançar significância estatística, ficando em níveis limítrofes, quando associada à condição de fumante ou não fumante à época da entrevista. Outros estudos têm encontrado resultados semelhantes. Ismael (2007), dividindo sua amostra em três grupos (pacientes que não pararam de fumar; abstinentes e que recaíram) encontrou para essa variável antecedente média de 24,6 anos, e tal relação também não foi significativa. De forma um pouco diversa, Halal e cols. (1993)

identificaram em um grupo de 356 gestantes, taxas mais elevadas de interrupção do tabagismo no início da gestação entre as que fumavam há cinco anos ou menos e entre aquelas que fumavam há dezesseis anos ou mais ($p=0,02$).

Como parâmetro geral para a discussão dos principais motivos que levaram os participantes à decisão de procurar ajuda profissional para parar de fumar, identificou-se na literatura o trabalho de Echer e Barreto (2008). Trata-se de um estudo qualitativo, no qual foram entrevistadas 16 pessoas de Porto Alegre (RS) que pararam de fumar há mais de seis meses. Estes autores encontraram dezoito categorias de motivos para a mudança do comportamento de fumar, sendo as mais prevalentes: (1) desejo de mudança/determinação; (2) o cigarro interferindo na convivência social e as leis de restrição ao uso do tabaco; (3) influência de pessoas queridas; (4) senso estético e olfativo; (5) prejuízos na saúde.

Ao se esboçar associações entre os resultados, notou-se que quase todas as categorias identificadas no presente estudo também o foram no de Echer e Barreto à exceção de *prejuízo à vivência da vida sexual*, encontrada apenas no primeiro. No que se refere às quatro primeiras categorias em ordem de frequência desta pesquisa, *prejuízo à própria saúde e/ou prevenção* foi a mais mencionada e no outro assumiu com idêia e título similares, a quinta posição; *pedido/reclamação de pessoas significativas*, o terceiro posto no estudo comparativo; *recomendação de profissional da saúde* foi encontrada na décima terceira posição sob o nome de profissional da saúde, e *cheiro desagradável*, foi a quarta categoria mais registrada em ambos os trabalhos. Pode-se considerar que houve uma razoável concordância entre os resultados dos estudos no que diz respeito à identificação de motivos para o abandono do tabagismo.

Ainda sobre os motivos para mudança comportamental em relação ao tabagismo, destaca-se a categoria *prejuízo à saúde de outros* que tratou, em outras palavras, do tabagismo passivo. Embora pouco mencionada por essa amostra, a questão tem recebido ampla atenção científica e das políticas públicas. Tem-se identificado que os efeitos imediatos da exposição à poluição tabagística ambiental se relacionam ao aumento, entre os não fumantes, do risco de câncer de pulmão e de várias outras doenças relacionadas ao tabagismo (Araújo, 2007; Cavalcante, 2009; Lotufo, 2007).

O número médio de tentativas de parar de fumar anteriores ao tratamento (1,89 tentativas) foi menor que a média de quatro a cinco apontada em outras publicações (Benowitz, 1999; Issa & cols., 1998). Ademais, o percentual da amostra que afirmou nunca ter tentado foi de 27%, maior que o identificado por Santos e cols. (2008) de 18,7%. Talvez, esse perfil caracterizado por poucas tentativas possa estar associado em algum grau

aos escores obtidos quanto à auto-eficácia ou à expectativa de resultados ao se buscar o tratamento, que foram relativamente altos, com média de sete pontos, aproximadamente. A hipótese seria a de que essas pessoas teriam estado menos expostas à frustração e à dúvida quanto à sua capacidade de promover mudanças em seu comportamento ao que se somaria o fato de então contarem com o auxílio especializado do programa.

Embora não se tenha encontrado relação significativa entre o histórico de tentativas de parar de fumar, nem a auto-eficácia, e a volta ao consumo de cigarros (respectivamente, $p=0,68$ e $p=0,25$), essas variáveis parecem se articular de algum modo entre si e com outros fatores, sobretudo com a dependência nicotínica, concorrendo para a dificuldade em mudar o comportamento de fumar expressa sumariamente em “eu queria, mas não conseguia”.

A comparação entre os resultados obtidos em diferentes estudos quanto ao nível de dependência nicotínica é bastante confiável, se considerado o fato de que apenas o QDNF foi utilizado em toda a literatura consultada para mensurar essa variável. Ademais, no Brasil, seu uso é reconhecido e recomendado oficialmente pelo Ministério da Saúde, em função de sua fácil aplicação e de sua boa capacidade de prever desconforto ao deixar de fumar, podendo orientar quanto à necessidade de tratamento medicamentoso para controle da síndrome de abstinência.

Neste estudo, os níveis elevado e muito elevado de dependência totalizaram 64% das citações, em consonância com os 72% de frequência do nível elevado de dependência nicotínica encontrado por Rosas e Baptista (2002). Calheiros (2007) obteve como nível modal o moderado, com 42% da amostra, sendo que as pessoas com graus médio e alto de dependência à nicotina tiveram mais recaídas do que aquelas com dependência leve e essa diferença foi significativa ($p=0,06$). Frisa-se que os escores do teste de Fargeström não alcançaram significância estatística em relação ao fato da pessoa ter voltado a fumar ($p=0,28$). Já Ismael (2007) encontrou exatamente a metade do grupo que investigou com nível baixo de dependência, usando o teste mencionado.

O número de cigarros fumados ao dia, que é um dos itens que compõe o QDNF, é geralmente ressaltado nas comunicações de pesquisa. Coerentemente com o estudo em questão, que apresentou ao início do tratamento a média de 24,54 cigarro/dia, a maioria dos trabalhos identificou um consumo igual ou superior a vinte unidades fumadas diariamente.

Do ponto de vista metodológico, é interessante pontuar que as principais situações que funcionavam como gatilho ou desencadeadoras do comportamento tabagista, tendo

sido levantadas a partir da FCAT, esteve menos sujeita a vieses de memória, pois esse dado foi informado ao início do tratamento.

No que tange à redução verificada no consumo médio diário de cigarro pelas pessoas que estavam fumando à época da entrevista, alguns estudos, como o de Reichert e cols. (2008), ponderam que o problema é que o fumante tende a modificar o jeito de fumar, tragando cada cigarro de forma mais profunda e mais vezes para manter o seu nível sérico de nicotina. Desse modo, a redução percentual no número de cigarros pode não produzir redução equivalente na exposição às toxinas do tabaco. Para comentários mais conclusivos acerca dos ganhos advindos dessa mudança comportamental, seriam necessários outros recursos de avaliação, como o uso do monoxímetro⁸, num esquema de seguimento, isto é, com medidas em diferentes intervalos de tempo. Além disso, Cavalcante (2009) alerta que não existem níveis seguros para o consumo do cigarro, pois mesmo entre fumantes leves, que fumam de um a nove cigarros/dia, as taxas de câncer de pulmão são em média seis vezes maiores do que entre não fumantes.

Quanto às formas de interrupção do tabagismo, a escolha de três quartos dos participantes que estavam abstinentes foi a abrupta e tal decisão recebe suporte empírico positivo: “a maior parte dos indivíduos que conseguiram se tornar ex-fumantes pararam abruptamente” (Brasil, 2004e, p.10).

Procedendo-se a uma comparação pontual entre os fatores relacionados à recaída para o conjunto de participantes que estavam fumando e para o de participantes que não estavam fumando, identifica-se que as categorias: *recaída em função de auto-desafio; automatismo; ociosidade/distração; fissura; solidão e aumento de peso*, embora menos citadas pelo primeiro grupo, nem foram referidas pelo segundo. Os motivos compartilhados por ambos os grupos para a não manutenção, isto é, os que levaram ou poderiam levar à recaída, apresentaram como característica geral poderem ser atribuíveis a questões ambientais (problemas relacionados à família, ao trabalho ou ao dia-a-dia e contingências favorecedoras do comportamento de fumar). Pode-se hipotetizar que, a menos que tenham sido vivenciados recentemente nas recaídas, os fatores mais diretamente associados ao sujeito, como auto-desafio, ociosidade e solidão, tendem a ser desconsiderados, talvez como forma de preservação do auto-conceito da pessoa.

⁸ Aparelho utilizado para medir o grau de intoxicação do organismo por monóxido de carbono.

5.3 Sobre a síndrome de abstinência, a fissura e as estratégias de enfrentamento

Ressalta-se que não foram encontrados na literatura consultada estudos que tenham utilizado o dispositivo metodológico do ajustamento conceitual dos termos síndrome de abstinência nicotínica e fissura antes de se avaliar sua ocorrência e intensidade na amostra. Contudo, tanto a síndrome de abstinência como a fissura, especificamente, tem sido bastante reportadas como fatores de insucesso no tratamento do tabagismo (Calheiros, 2007; Echer, 2006; Echer & Barreto, 2008; Moura, 2005).

Neste estudo, a categoria que trata do sofrimento teve mais registros que a categoria na qual o conceito de SA apresentou-se mais adequado do ponto de vista técnico – *sintomas decorrentes da interrupção do uso do cigarro* –. Essa prevalência da dimensão do sofrimento intenso, vivenciado no processo de parar de fumar, é corroborada por Echer e Barreto (2008), em cujo estudo os participantes referiram, inclusive que esse sofrimento não é apenas individual, mas também familiar em função do nervosismo e mesmo da agressividade nos momentos agudos de privação de nicotina.

Importante considerar que as respostas sobre a ocorrência e intensidade da SA e da fissura muito provavelmente sofreram a influência do tempo decorrido desde o abandono do cigarro, pelo menos para alguns participantes, e pode ser que esse viés tenha influenciado os resultados finais.

Quanto ao *coping* ou às estratégias de enfrentamento da fissura, enfatiza-se que o uso de diferentes respostas comportamentais e secundariamente cognitivas, relatadas pelos participantes encontra respaldo na literatura científica, sendo que essas publicações ainda refletem mais as experiências internacionais (Becoña, 2004; Glasgow, Klesges, Mizes & Pechacek, 1985; O’Connell, Hosein, Schwartz & Leibowitz, 2007; Shiffman & Jarvik, 1987). Todavia, reitera-se a importância de que algumas estratégias de cunho mais técnico, como os exercícios de relaxamento e visualização, sejam devidamente ensinadas para aumentar a probabilidade de seu emprego, sendo essa orientação também encontrada em Araújo e cols. (2008).

Além do apoio medicamentoso, positivamente avaliado pelos participantes neste trabalho e em outros, a exemplo do realizado por Echer e Barreto (2008), a acupuntura também foi identificada enquanto recurso terapêutico adotado. Merece menção, principalmente face ao não consenso relativo ao seu uso na literatura e nas diretrizes institucionais. Gigliotti, Carneiro e Ferreira (2001), em capítulo intitulado “Tratamento do tabagismo” insere essa prática no tópico “Tratamentos não recomendados”, postura essa

igualmente adotada pelo Ministério da Saúde em função da insuficiência de comprovação científica quanto à sua efetividade (Brasil, 2001). Por outro lado, Balbani e Montovani (2005) identificaram estudos norte-americanos que apresentariam a acupuntura como potencialmente útil enquanto tratamento coadjuvante. A realidade verificada em uma das unidades de saúde pesquisada encontraria aporte nos dados desses autores, uma vez que a acupuntura é utilizada como parte de uma ação mais ampla, seguindo-se as diretrizes do PNCT, segundo dados obtidos.

5.4 Sobre o perfil motivacional da amostra

O Modelo Transteórico da Mudança de Comportamento constituiu um importante eixo teórico deste estudo, cujas contribuições se fizeram presentes na concepção geral do fenômeno abordado enquanto processo dinâmico. No entanto, a verificação empírica de seu principal construto – os estágios de prontidão ou motivação para a mudança – ficou prejudicada, considerando-se os resultados obtidos a partir da aplicação da URICA-24, diante das dificuldades semânticas apresentadas no Capítulo 4. Considerando-se que o quinto objetivo, enunciado dentre os objetivos específicos do estudo, não foi alcançado, destaca-se que a incoerência dos resultados só ficou evidente após processamento dos dados quantitativos e reconhecimento da grande concentração de participantes abstinentes no estágio pré-contemplação, enquanto o estrato ação/manutenção não obteve nenhum registro desse grupo de pessoas.

Duas pesquisadoras diretamente envolvidas no processo de adaptação e validação dessa escala para comportamentos adictivos no Brasil são Neliana Figlie e Karen Szupzynski, juntamente com seus respectivos grupos de pesquisa. Em suas publicações pode-se perceber tanto a convicção da utilidade prática desse instrumento para subsidiar programas de atenção aos dependentes químicos, quanto a ponderação sobre alguns aspectos da escala que precisam ser aperfeiçoados.

Frisa-se, assim, que problemas de ordem semântica em relação à URICA, semelhantes aos identificados na presente pesquisa, já haviam sido levantados por Figlie (1999), ao trabalhar com o tema específico da motivação para a mudança. Para minimizar seu impacto, a autora procedeu a um desmembramento das questões nº 6, 9, 16, 20, 22 da URICA-32, a partir do momento que foi notado que os pacientes tendiam a responder baseados na última frase da pergunta, uma vez que estes itens abordavam mais de um aspecto simultaneamente.

Szupzynski (2006), por sua vez, ressalta que a identificação dos estágios de mudança está bem comprovada para a população norte-americana, mas que é necessário que pesquisadores de outros países invistam em sua avaliação e aplicabilidade a populações específicas e também com vistas à avaliação dos outros construtos do modelo. Esse posicionamento é compartilhado neste estudo.

5.5 Sobre os níveis de ansiedade e de depressão

Apesar de vários estudos reafirmarem que os pacientes psiquiátricos apresentam maior vulnerabilidade para dependência de nicotina (Calheiros, 2007), neste estudo e em outros como Munaretti e Terra (2007) e Lopes e cols. (2002), não foram encontradas influências estatisticamente significativas, senão em valores limítrofes, dos níveis de ansiedade e de depressão sobre a mudança do comportamento de fumar. Sublinha-se que os resultados de Lopes e cols. foram obtidos a partir de grupos psiquiátricos diagnosticados previamente com esses transtornos, portanto com maior probabilidade de se alcançar significância.

Sob essa ótica, e considerando a forma de recrutamento da amostra de conveniência, é possível que se tenha minimizado as chances de inclusão de pessoas com sintomas depressivos graves, não sendo esperado que apresentassem disponibilidade em participar voluntariamente da pesquisa, tampouco em comparecer à unidade de saúde especificamente para esse fim. Ainda assim, os escores obtidos para depressão e também para ansiedade, a partir dos inventários Beck, foram as variáveis que mais se aproximaram da significância estatística quanto ao fato de continuar fumando ou não, seguida da variável *tempo de consumo do tabaco*.

No que se refere à influência recíproca entre depressão e tabagismo apontada por alguns estudiosos como Rondina e cols. (2004), registra-se que o delineamento utilizado em função dos objetivos propostos não permitiria identificar características dessa possível relação. Acredita-se que para a investigação desse aspecto, seria mais adequado um delineamento longitudinal. Outra questão teórico-metodológica que se pode levantar é que, na medida em que a literatura tem apontado para a influência do tipo de ansiedade sobre a relação estabelecida com o tabagismo, reconhece-se que o instrumento utilizado – BAI, não estaria apto a distinguir as nuances dessa variável. Nesse sentido, a contribuição dos achados deste trabalho verificou-se na confirmação da tendência de associação dos sintomas de ansiedade com o comportamento de fumar.

5.6 Sobre o apoio social, a contribuição do grupo e as mudanças atribuídas à modificação do comportamento de fumar

Coerente com as elevadas frequências registradas para as categorias *filhos* e *parceiro(a)/cônjuge* como fonte de apoio social para a cessação do tabagismo, foi a sugestão espontânea de um componente da amostra para que a família participasse no tratamento dispensado ao fumante. Ambos os dados parecem validar a importância dessas pessoas no sucesso terapêutico.

Ademais, o suporte oferecido pelas pessoas do grupo de tabagismo foi muito valorizado, em consonância com os achados de Echer e Barreto (2008). Nesse cenário, as trocas de experiências entre os participantes do grupo, exatamente por vivenciarem dificuldades parecidas, assim como o aumento do compromisso com a própria mudança comportamental decorrente das relações e apoio recebido, foram reconhecidas como essenciais e pesaram fortemente para uma avaliação positiva dessa modalidade de atendimento ao fumante.

Ainda no tocante à avaliação das contribuições do grupo, pode-se considerar em conjunto as categorias *informações sobre as desvantagens de fumar cigarros* e *incentivo e apoio dos profissionais* como demonstrativas da relevância do papel desempenhado pela equipe de saúde vinculada ao tratamento. Em última instância, essa constatação sustenta o apontamento de Viegas, Andrade e Silvestre (2007) ao dizerem do papel fundamental dos médicos na cessação do tabagismo, e vai além, na medida em que abrange também a atuação integrada e multidisciplinar.

O terceiro aspecto deste tópico, qual seja, as mudanças na vida atribuídas à modificação do comportamento de fumar, logicamente se articula com os objetivos e motivações do participante ao buscar tratamento, avalia o grau de satisfação pessoal quanto aos resultados alcançados e acaba por servir de *feedback* para as equipes de assistência e gestão do programa. O simples fato da neutralidade do termo *mudanças* ter sido rompida pela substituição do termo *ganhos*, em face de uma quase unânime avaliação positiva da mudança comportamental em relação ao cigarro, justificaria todo e qualquer esforço para o aprimoramento dos dispositivos de apoio à pessoa que deseja parar de fumar.

Finalizando essa discussão, destaca-se a partir dos apontamentos de Castro, Oliveira, Moraes, Miguel e Araújo (2007) que um número crescente de pesquisas têm procurado avaliar a qualidade de vida em tabagistas e os resultados têm indicado de forma consistente que os não-tabagistas apresentam uma melhor qualidade de vida quando

comparados aos tabagistas. Os ganhos advindos do abandono do cigarro podem levar a essa mesma direção.

5.7 Sobre as limitações do estudo

A aplicação do estudo piloto em um grupo de sete pessoas, que representou aproximadamente a décima parte do dimensionamento da amostra propriamente dita, fez-se muito útil para que certas dificuldades metodológicas fossem antecipadas e algumas questões revistas, conforme apresentado no Capítulo 3. Obviamente, a realização da pesquisa principal trouxe novas percepções.

Uma das limitações que precisa ser considerada são os vieses de memória decorrentes do caráter retrospectivo da maioria dos dados coletados. Os participantes tiveram que se reportar a diferentes momentos de suas vidas, lembrar-se de fatos, contextos, sentimentos, crenças, sintomas e comportamentos numa progressão temporal. Quanto à influência dessa fragilidade metodológica na avaliação das estratégias de enfrentamento, Coyne e Racioppo (2000) destacam que a natureza retrospectiva dos estudos torna difícil distinguir entre como uma situação estressora se resolve e as contribuições dos esforços individuais de *coping* nessa resolução.

Assim também os auto-relatos, ao mesmo tempo em que conferiram maior aproximação com a percepção do sujeito, podem ter apresentado tendenciosidade, sendo que, a partir do delineamento adotado, a única forma de averiguação de alguns dados foi a confrontação com os registros da ficha clínica. Além disso, algumas questões do roteiro de entrevista poderiam ter sido mais específicas, como por exemplo, a pergunta “Como foi?” da questão número oito, relacionada às experiências anteriores de parar de fumar. Foram obtidas respostas acerca dos motivos, dos recursos e estratégias utilizados, do apoio recebido, sendo que dez relatos nem permitiram categorização pertinente ao tema.

Pode-se dizer que existiu algum nível de padronização de condutas e recursos na interação com os participantes do estudo, tanto no contexto da intervenção terapêutica quanto na coleta de dados (por exemplo: as diretrizes do PNCT, o material fornecido pelo Ministério da Saúde, a capacitação dos profissionais que realizaram a intervenção, o treinamento das auxiliares de pesquisa para a coleta, organização e análise dos dados). Mesmo assim, muitos aspectos não contemplados pelo estudo podem ter interferido nas variáveis investigadas. Ainda no que tange às dificuldades de padronização, salienta-se que os dados da Ficha Clínica do Ambulatório de Tabagismo foram subaproveitados face à diversidade encontrada na frequência e qualidade dos registros.

Certamente, a principal limitação da pesquisa, do ponto de vista dos instrumentos, foi quanto ao uso da URICA-24 para o Tabaco, cujo processo de adaptação e validação no Brasil encontrava-se em curso e resultados acabaram por ser sub-explorados. Todavia, não se dispunha, ou não se conhecia, versão mais adequada e confiável para mensuração de construto relevante ao estudo, como o estágio de prontidão para a mudança comportamental. Reafirma-se, enfim, a importância do aprimoramento dessa escala.

Por fim, outra limitação do presente estudo se referiu ao caráter de conveniência da amostra, aspecto que recomenda parcimônia e contra-indica a generalização desses resultados para outros contextos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar e descrever aspectos envolvidos na mudança do comportamento de fumar cigarros, o presente estudo identificou alguns que podem ser considerados dificultadores e outros, facilitadores desse processo. Conforme os resultados apresentados no Capítulo 4 e discutidos no Capítulo 5, em suma, a ansiedade e a depressão, bem como o maior tempo de uso do tabaco na vida indicam a tendência de dificuldade na mudança comportamental. Por outro lado, a participação no grupo de tratamento, sobretudo em função da troca de experiência entre pares e pelo papel desempenhado pela equipe de profissionais da saúde, e o suporte social exercido pela família foram apontados pelos participantes como essenciais para o alcance de seu objetivo de parar de fumar.

Seguem, ainda, algumas considerações acerca das possíveis implicações deste trabalho, o que se refere à sua relevância social, e pontos que podem servir de estímulo a novas pesquisas, como parte de sua contribuição para o avanço científico da área.

6.1 Principais implicações deste estudo

Os resultados e discussões alcançados no campo da intervenção e prevenção secundária, naturalmente devem ser aproveitados para subsidiar ações de prevenção primária. Nesse sentido, a precocidade encontrada na iniciação do comportamento de fumar, coerente com a realidade brasileira, reafirma a necessidade de medidas educativas que antecipem e modifiquem essa tendência, notadamente por meio de ações intersetoriais que alcancem de forma efetiva a população mais jovem. O relato de um participante que demonstrou preocupação ao presenciar seus filhos, ainda crianças, simulando o ato de fumar, reitera esse posicionamento e esse alerta.

Como já mencionado, não foi objetivo da presente pesquisa avaliar a intervenção realizada para o tratamento do fumante, todavia, admite-se que seus achados poderão servir como parâmetros e mesmo *feedback* aos profissionais de saúde e gestores do programa no âmbito do Distrito Federal. É esperado que, em se notabilizando algumas nuances da mudança comportamental de seus pacientes, dificuldades enfrentadas e facilitadores, ou mesmo os ganhos em qualidade de vida evidenciados nos relatos, a motivação, o

dinamismo, a criatividade⁹ e o compromisso dos agentes envolvidos na abordagem ao fumante possam ser fortalecidos ainda mais.

Acredita-se também que ampliar o conhecimento acerca de alguns fatores associados à mudança do comportamento tabagista, seu caráter dinâmico, não-linear, e os índices de recaída, possa respaldar junto à gestão pública de saúde a busca de alternativas mais eficientes de acompanhamento das pessoas que participaram da abordagem intensiva. Tal pretensão se justifica pelos freqüentes depoimentos obtidos a partir do contato com os profissionais que apontam a dificuldade enfrentada quanto à etapa de manutenção ou sessões de seguimento. Estes destacam que geralmente os pacientes não retornam, outros grupos começam e o acompanhamento fica prejudicado. Disso também decorre que os registros estatísticos do programa contemplam o número de pessoas que deixaram de fumar ao final da quarta sessão; seria interessante que os dados se estendessem até um ano, no mínimo.

Outra possível implicação prática deste estudo decorre da constatação de que certas estratégias de enfrentamento que demandam algum nível de treinamento, e são potencialmente importantes no manejo da fissura, tenham sido subutilizadas pelos participantes. Seria interessante investir na capacitação dos profissionais que conduzem as sessões de grupo para aplicarem e ensinarem técnicas adequadas de controle do estresse, como relaxamento, visualização e mesmo treino em assertividade.

Parece que a mudança paradigmática quanto à aceitação social do tabagismo, hoje amplamente percebido como algo indesejável, tem exercido algum nível de contaminação no que se refere à aceitação social do tabagista. Ora, a doença deve ser prevenida, o fator de risco abordado, o comportamento modificado, mas a pessoa que fuma deve ser encorajada a mudar e apoiada nas dificuldades que encontra nesse processo de mudança.

Assim, acredita-se que, na medida em que o tabagismo for reconhecido socialmente como doença crônica, e que os fatores envolvidos em seu curso e cessação forem mais conhecidos, as concepções estigmatizantes possam ceder lugar a uma perspectiva de cuidado e de apoio.

Conforme citação anterior, que afirma a potencialização das mudanças quando para ela concorre o uso de recursos ambientais e sociais (Calheiros e cols., 2006), sugere-se que a família do fumante seja incluída na dinâmica de atendimento de forma ativa. E que esse

⁹ Os momentos festivos promovidos pelas equipes de saúde das unidades para entrega de “Certificado de Ex-fumante” às pessoas que participaram do tratamento e se encontram em abstinência há um ano constituem exemplo de ação criativa e de envolvimento profissional verificados neste contexto.

processo seja acompanhado de reflexões e discussões envolvendo os diversos atores deste cenário: tabagistas, familiares, pesquisadores, profissionais ligados à assistência e gestores do programa.

Por todos os fatores de dimensão subjetiva e social constatados neste estudo, acredita-se que a atuação do psicólogo se faça essencial no tratamento que visa à cessação do tabagismo. A prática do profissional de Psicologia, preferencialmente em equipe interdisciplinar, poderá enriquecer a abordagem ao fumante mediante a base conceitual dessa ciência, e notadamente pela técnica e manejo no trabalho com grupos.

6.2 Sugestões para pesquisas futuras

O levantamento e a análise de aspectos relacionados à mudança do comportamento de fumar a partir deste estudo de caráter exploratório permitem que diferentes ênfases sejam consideradas em outras pesquisas. Assim, cada dimensão abordada, tais como: iniciação do tabagismo, influências para decisão de mudar o comportamento, auto-eficácia, estágios de prontidão para a mudança, ansiedade e depressão, enfrentamento da síndrome de abstinência e da fissura, apoio social para cessação do comportamento, ganhos relacionados à mudança, dentre outros, poderiam ser investigados em profundidade, no Distrito Federal e em outras localidades do país.

Interessante, também, que pesquisas futuras investiguem um número maior de pessoas, pois se pode hipotetizar que algumas variáveis que não apresentaram significância estatística quanto à mudança do comportamento de fumar possam apresentar resultados mais conclusivos.

Seu valor heurístico ainda se verifica na identificação de algumas categorias que poderiam conferir inovações às pesquisas sobre o tabagismo, como *prejuízo à vivência da vida sexual*. Ressalta-se que não foi encontrado na literatura consultada nenhum estudo que abordasse essa temática, tampouco sob o ponto de vista da subjetividade. Por outro lado, a categoria *outros recursos terapêuticos* identificou a utilização da acupuntura e, considerando que os resultados da maioria das pesquisas sobre o assunto ainda são bastante divergentes, sugere-se que o uso dessa prática na cessação do tabagismo seja mais investigado.

As pesquisas com delineamento longitudinal poderiam ser mais sensíveis para a compreensão de distintas dimensões levantadas. Poderiam, por exemplo, captar a dinâmica dos avanços e retrocessos através dos estágios motivacionais de mudança, dada sua não-linearidade; verificar se e como o uso de estratégias de enfrentamento da fissura é mantido

ou substituído ao longo do tempo, bem como identificar a natureza das relações que têm sido apontadas entre transtornos mentais, principalmente a depressão e o tabagismo.

Sugere-se, por fim, a realização de pesquisas que investiguem a percepção de outros atores do campo de relações do tabagista, como familiares e pessoas com quem ele convive em ambientes de trabalho. E que os estudos a partir desses contextos de pertencimento do fumante venham a apresentar novas contribuições para o sucesso de sua mudança comportamental.

REFERÊNCIAS

- Abreu-Rodrigues, M. (2008). *Apoio social disponibilizado por cuidadores de pacientes coronarianos: efeitos de intervenção comportamental*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- American Psychiatry Association (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR). C. Dornelles (Trad.). 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, A. P. A., Bernardo, A. C. C., Viegas, C. A. A., Ferreira, D. B. L., Gomes, R. C. & Sales, M. R. (2006). Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(1), 23-8.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Araújo, A. J. (2007). Tabagismo Passivo. Em C. A. A Viegas (Org.), *Tabagismo: Do diagnóstico à saúde pública* (pp. 33-75). São Paulo: Atheneu.
- Araújo, R. B., Oliveira, M. S., Pedroso, R. S., Miguel, A. C. & Castro, M. G. T. (2008). *Craving* e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 57(1), 57-63.
- Balbani, A. P. S. & Montovani, J. C. (2005). Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71(6), 820-827.
- Baldisserotto, G. V. (2007). *Prevalência de tabagismo, distribuição em estágios de prontidão para mudança e intervenções preventivas em pacientes de um hospital universitário em Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Banco Mundial (2003). *Aspectos econômicos do tabagismo e do controle do tabaco em países em desenvolvimento*. Documento organizado pela Comissão Européia em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial para a Mesa Redonda de Alto Nível sobre o Controle do Tabagismo e Políticas de Desenvolvimento, Bruxelas. Instituto Nacional de Câncer (Trad.). Ministério da Saúde.
- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. Em V. S. Ramachaudran (Org.). *Encyclopedia of human behavior*. 4 (pp. 71-81). New York: Academic Press.

- Becoña, E. (2004). Tratamiento psicológico del tabaquismo. Em E. Becoña (Ed.), *Monografía Tabaco. 16* (Suplemento 2), 237-263. Disponível na página eletrônica <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/publicaciones/tabaco>, acesso em 10/01/09.
- Benowitz, N. L. (1999). Nicotine addiction. *Primary Care*, 26, 611-631.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (1989). *PNSN: some statistics about smoking habit in Brazil*. Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (1997). *Ajudando seu paciente a deixar de fumar*. Rio de Janeiro: INCA.
- Brasil. Casa Civil. (2000). *Lei nº 10.167, de 27/12/2000. Altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15/07/1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas*. Disponível em <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao>, acesso em 11/01/2009.
- Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (2001). *Abordagem e Tratamento do Fumante: Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (2003). *Por um mundo livre de tabaco. Ação global para controle do tabaco: 1º Tratado Internacional de Saúde Pública*. 3ª ed. Disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo>, acesso em 15/08/2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. (2004a) *A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: mitos e verdades*. Rio de Janeiro: INCA.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (2004b). *Prevalência de Tabagismo no Brasil: Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras*. Disponível na página eletrônica http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf, acesso em 20/09/2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. (2004c). *Portaria Nº 442/04 de 13 de agosto de 2004. Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e dá outras providências*. Disponível em

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2004/pt-442.htm>, acesso em 11/01/2009.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2004d). *Portaria N° 1035, de 31 de maio de 2004. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, e dá outras providências*. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2004/gm/gm-1035.htm>, acesso em 11/01/2009.
- Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (2004e). *Deixando de fumar sem mistérios*. Rio de Janeiro: INCA.
- Brasil. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas (2005). *Drogas: Cartilha sobre tabaco*. Série Por dentro do assunto. Brasília.
- Calheiros, P. R. V. (2007). *Avaliação da efetividade do tratamento da dependência de nicotina*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Calheiros, P., Andretta, I. & Oliveira, M. (2006) Motivação para Mudança nos Comportamentos Adictivos. Em B. S. G. Werlang & M. S. Oliveira (Orgs.), *Temas em Psicologia Clínica* (pp. 115-124). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Calsavara, T. V. S. & Fontanella, B. J. B. (2007). Uso de tabaco iniciado na infância: Relatos de adultos em tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(4), 252-259.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Nappo, S. A. (2002). *I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 Maiores Cidades do País*. São Paulo: CEBRID, UNIFESP.
- Carmo, J.T. & Pueyo, A. A. (2002). A adaptação do português do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Revista Brasileira de Medicina*, 59, 73-80.
- Castro, M. G., Oliveira, M. S. Moraes, J. F. D., Miguel, A. C. & Araújo, R. B. (2007). Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2), 61-67.
- Cavalcante, J. (2002). *O impacto mundial do tabagismo*. Fortaleza: Realce.
- Cavalcante, T. M. (2001). *O médico e suas representações sobre tabagismo, fumante e cessação de fumar*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

- Cavalcante, T. M. (2005). O controle do tabagismo no Brasil: Avanços e desafios. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (5); 283-300.
- Cavalcante, T. M. (2009). O Programa de Controle do Tabagismo no Brasil: Avanços e desafios. Disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo>, acesso em 11/01/2009.
- Chaieb, J. A. & Castellarin, C. (1998). Associação tabagismo-alcoolismo: Introdução às grandes dependências humanas. *Revista de Saúde Pública*, 32 (3), 246-254.
- Chatkin, J. M. (2006). A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(6):573-9.
- Conner, M. & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. Em M. Conner & P. Norman. (Orgs.), *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press.
- Costa e Silva, V. L. & Koifman, S. (1998). Smoking in Latin America: a major public health problem. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Suplemento 3), 99-108.
- Coyne, J. M. & Racioppo, M. W. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55, 655-664.
- Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para Psicologia. Usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.
- De Boni, R. & Pechansky, F. (2003). Prevalência de tabagismo em uma unidade de internação psiquiátrica de Porto Alegre, *Revista de Psiquiatria*, 25(3), 475-478.
- Di Chiara, G. (2000). Role of dopamine in the behavioural actions of nicotine related to addiction. *European Journal of Pharmacology*, 393, 295-314.
- Diclemente, C., Schlundt, B. S. & Gemmell, L. (2004) Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*, 13, 103-119.
- Dierker, L. C., Avenevoli, S., Stolar, M. & Merikangas, K. R. (2002) Smoking and depression: an examination of mechanisms of comorbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 947-953.
- Doll, R., Peto, R. Wheatley, K., Gray, R. & Sutherland, I. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years observation on male British doctors. *British Medical Journal*, 309, 901-911.

- Echer, I. C. & Barreto, S. S. M. (2008). Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(3). Disponível em www.eerp.usp.br/rlae, acesso em 20/01/2009.
- Echer, I. C. (2006). *Fatores de sucesso no abandono do tabagismo*. Tese de Doutorado, Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Fargeström, K. (2006). Uma breve apresentação da neurofarmacologia e fisiologia da dependência à nicotina. Trad. Gabriel Bronstein Landsberg. Em A. P. Gigliotti & S. Presman (Orgs.), *Atualização no tratamento do tabagismo* (pp. 11-20). Rio de Janeiro: ABP – Saúde.
- Ferrari, M. B. G. (2003). *Impacto do programa de prevenção do tabagismo na escola*. Dissertação de Mestrado Interinstitucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade de Passo Fundo. Faculdades de Medicina. Passo Fundo, RS.
- Ferreira, M. P. (2006). Controle do tabagismo. Em G. R. A. Focchi, A. Malbergier & M. P. Ferreira (Orgs.), *Tabagismo: dos fundamentos ao tratamento* (pp. 49-61). São Paulo: Lemos Editorial.
- Figlie, N. B. & Laranjeira, R. (2004a). Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Suplemento I), 63-67.
- Figlie, N. B. (1999). *Motivação em alcoolistas tratados em Ambulatório Específico para Alcoolismo e em Ambulatório de Gastroenterologia*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. São Paulo, SP.
- Figlie, N. B. (2004b). *Motivação para tratamento do alcoolismo*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria. São Paulo.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R. & Baker, T. B. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Garanttoni, B. (2008) O novo cigarro. *Superinteressante, Tecnologia*. 74-79.
- Gigliotti, A., Carneiro, E. & Ferreira, M. (2001). Tratamento do Tabagismo. Em B. Range (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 351-371). Porto Alegre: Artmed.
- Gilbert, A. R., Pinget, C., Bovet, P., Cornuz, J., Shamlaye, C. & Paccaud, F. (2004). The cost effectiveness of pharmacological smoking cessation therapies in developing countries: a case study in the Seychelles. *Tobacco Control*, 13, 190-195.

- Glasgow, R. E., Klesges, R. C., Mizes, J. S. & Pechacek, T. F. (1985). Quitting smoking: Strategies used and variables associated with success in a stop-smoking contest. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 905-912.
- Guimarães, J. L., Godinho, P. H., Cruz, R., Kappann, J. I. & Tosta Junior, L. A. (2004). Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 130-132.
- Günther, H. (2006). Pesquisa quantitativa versus qualitativa: essa é a questão? *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-210.
- Halal, I. S., Victora, C. G. & Barros, F. C. (1993). Determinantes do hábito de fumar e de seu abandono durante a gestação em localidade urbana na região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 27(2), 105-112.
- Halty, L. S., Hüttner, M. D., Netto, I. C. O., Santos, V. A., Martins, G. (2002). Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. *Jornal de Pneumologia*, 28 (4), 180-186.
- Hammond, R. & Rowell, A. (2001). *Trust us: we're the tobacco industry. Campaign for Tobacco-Free Kids and Action on Smoking and Health*. Washington; London. Disponível em <http://old.ash.org.uk/html/conduct/html/trustus.html>, acesso em 14/02/2009.
- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-27.
- Henningfield, J. E. (1988). *Tudo sobre drogas: Nicotina*. São Paulo: Nova Cultural.
- Iglesias, R., Jha, P., Pinto, M., Silva, V. L. C. & Godinho, J. (2008). Documento de discussão – saúde, nutrição e população (HNP). Controle do tabagismo no Brasil: Resumo executivo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 17(4), 301-304.
- Ismael, S. M. C. (2005). Intervenção psicológica no tratamento do tabagismo. Em S. M.C. Ismael (Org.), *Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar* (pp. 55-71). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ismael, S. M. C. (2007). Efetividade da Terapia Cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista. Tese de Doutorado, São Paulo, FMUSP.
- Issa, J. S., Forti, N., Giannini, S. D. & Diamant, J. (1998). Intervenção sobre tabagismo realizada por cardiologista em rotina ambulatorial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 70(4), 271-274.

- Issa, S. J. (2007). *Tabagismo e Doença Cardiovascular*. São Paulo: Editora Planmark Ltda.
- Ivanovic, D., Castro, C. & Ivanovic, R. (1997). Factores que inciden en el habito de fumar de escolares de educación basica y media del Chile. *Revista de Saúde Pública*, 31(1), 30-43.
- Jha, P. & Chaloupka, F. J. (2000). *A epidemia do tabagismo: Os governos e os aspectos econômicos do controle do tabaco*. Washington: Publicação Banco Mundial.
- Kohlsdorf, M. (2008). *Análise das estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças e adolescentes em tratamento de leucemias*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Lazarus, R.S (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55 (6), 665-673.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leite, M. C. (2006). Aspectos históricos do tabaco (e seus subprodutos). Em G. R. A. Focchi, A. Malbergier & M. P. Ferreira (Orgs.), *Tabagismo: dos fundamentos ao tratamento* (pp. 7-23). São Paulo: Lemos Editorial.
- Lemos, T. & Gigliotti, A. P. (2006). Tabagismo e comorbidades psiquiátricas. Em A. P. Gigliotti & S. Presman (Orgs.), *Atualização no tratamento do tabagismo* (pp. 53-70). Rio de Janeiro: ABP – Saúde.
- Leopércio, W. & Gigliotti, A. (2004). Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 30(2), 176-185.
- Lopes, F. L., Nascimento, I., Zin, W. A., Valença, A. M., Mezzasalma, M. A., Figueira, I. & Nardi, A. E. (2002). Somoking and psychiatric disorders: A comorbidity survey. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 35, 961-967.
- Lotufo, J. P. B. (2007). Tabagismo, uma doença pediátrica. Em C. A. A Viegas (Org.), *Tabagismo: Do diagnóstico à saúde pública*. São Paulo: Atheneu.
- Malbergier, A. & Oliveira Jr., H. P. (2005). Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(5), 276-282.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B. & Willing, C. (2000). *Health psychology. Theory, research and practice*. London: Sage.

- Marques, A. C. P. R., Campana, A., Gigliotti, A. P., Lourenço, M. T. C. L., Ferreira, M. P. F. & Laranjeira, R. (2001). Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 200-214.
- Mc Connaughy, E. A., Di Clemente, C. C., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, 26, 494-503.
- Menezes, A. M. B. & Achutti, A. (2000). Fumo ou saúde/ direitos ou deveres? *Jornal de Pneumologia [online]*, 26 (6). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>, acesso em 15/12/2008.
- Menezes, A. M. B. (Org.) (2006). *PLATINO: Projeto Latino-Americano de Investigação em Obstrução Pulmonar*. Disponível em <http://www.platino-alat.org>, acesso em 10/11/2008.
- Moura, C. T. (2005). *A análise da qualidade de vida e da dependência nicotínica de indivíduos tabagistas e sua relação com a doença pulmonar obstrutiva crônica*. Monografia do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Campus Cascavel.
- Munaretti, C. L. & Terra, M. B. (2007). Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 108-115.
- Niel, M. (2008). Redução de danos para drogas fumadas. Em M. Niel & D. X. Silveira (Orgs.), *Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde* (pp. 47-51). São Paulo: Imprensa Oficial.
- O'Connell, K. A., Hosein, V. L., Schwartz, J. E. & Leibowitz, R. Q. (2007). How does coping help people resist lapses during smoking cessation? *Health Psychology*, 26(1), 77-84.
- Organização Mundial da Saúde (2008). *Sumário executivo: Relatório da Organização Mundial da Saúde sobre a epidemia global de tabagismo – Pacote MPOWE*. Disponível em http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_Relatorio.pdf, acesso em 11/01/2009.
- Organização Mundial da Saúde. (1997). *Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Referência rápida*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Orsi, M. M. & Oliveira, M. S. (2006). Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 3-12.

- Otero, U. B., Perez, C. A., Szklo, M., Esteves, G. A., Pinho, M. M., Szklo, A. S. & Turci, S. R. B. (2006). 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. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2), 439-449.
- Paperwalla K. N., Levin, T. T., Weiner, J. & Saravay, S. M. (2004). Smoking and depression. *The Medical Clinics of North America*, 88(6), 1483-1494.
- Parrott, S. & Godfrey, C. (2004). ABC of smoking cessation: Economics of smoking cessation. *British Medical Journal*, 328, 947-949.
- Peixoto, S. V., Firmo, J. O. A. & Lima-Costa, M. F. (2007). Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1319-1328.
- Planeta, C. S. (2006). Farmacologia e neurobiologia do tabagismo. Em G. R. A. Focchi, A. Malbergier & M. P. Ferreira (Orgs.), *Tabagismo: dos fundamentos ao tratamento* (pp. 63-75). São Paulo: Lemos Editorial.
- Presman, S. (2006). Intervenção intensiva e terapia de grupo. Em A. P. Gigliotti & S. Presman (Orgs.), *Atualização no tratamento do tabagismo* (pp. 27-51). Rio de Janeiro: ABP – Saúde.
- Prochaska, J. O. & Diclemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Johnson, S. & Lee, P. (1998). The transtheoretical model of behavior change. Em S. A. Shumaker, E. B. Schron, J. K. O'chene & W. L. McBee (Orgs.), *The Handbook of Health Behavior Change*. New York: Springer Publishing Company.
- Reichert, J., Araújo, A. J., Gonçalves, C. M. C., Godoy, I., Chatkin, J. M., Sales, M. P. U. & Santos, R. R. A. (2008). Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*; 34(10): 845-880.

- Rodrigues, G. A., Galvão, V., Viegas, C. A. A. (2008). Prevalência do tabagismo entre dentistas do Distrito Federal. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34, 288-293.
- Rondina, R. C., Gorayeb, R. & Botelho, C. (2004). *A dinâmica psicológica do tabagismo: O papel de características de personalidade, psicopatologia, fatores genéticos e neurobiológicos no comportamento de fumar tabaco*. Cuiabá: Entrelinhas.
- Rondina, R. C., Gorayeb, R. & Botelho, C. (2007) Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(5), 592-601.
- Rosas, M. & Baptista, F. (2002) Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. *Análise Psicológica*, 1(20), 45-56.
- Rosemberg, J. (2002). *Pandemia do tabagismo: Enfoques históricos e atuais*. São Paulo: Secretaria da Saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica.
- Santos, S. R, Gonçalves, M. S., Leitão Filho, R. S. S. & Jardim, J. R. (2008). Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(9), 695-701.
- Saraiva Filho, S. J., Moron, A. F., Bailão, L. A., Rizzi, M. C. S & Nakamura, M. U. (2006). Repercussões do tabagismo na ultra-sonografia da placenta e a doplervelocimetria útero-placentária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(6), 340-344.
- Seidl, E. M. F. & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 22 (3), 317-326.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 17, 225-233.
- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 187-192.
- Shiffman, S. & Jarvik, M. E. (1987). Situational determinants of coping in smoking relapse crises. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 3-15.
- Silva, C. A. R & Sestelo, M. R. (2007). Composição Química da Fumaça do Cigarro. Em C. A. A Viegas (Org.), *Tabagismo: Do diagnóstico à saúde pública* (pp.11-24). São Paulo: Atheneu.

- Silva, C. J. & Serra, A. M. (2004). Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Suplemento I), 33-39.
- Silva, C. M. M., Dibai, M. B. S & Cadê, N. V. (2008). Conhecimento sobre tabagismo entre os acadêmicos da área biomédica da Universidade Federal do Espírito Santo. *Cogitare Enfermagem*, 13(4), 542-547.
- Silva, M. P., Silva, R. M. V. G & Botelho, C. J (2008). Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(11), 927-935.
- Soares, H. L. R. & Gonçalves, H. C. B. (2008). Avaliação da dependência nicotínica em um hospital municipal psiquiátrico do Rio de Janeiro. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20 (1), 335-336.
- Szupzynski, K. (2006). *Adaptação Brasileira da University Of Rhode Island Change Assessment (URICA) Para Usuários De Substâncias Psicoativas Ilícitas*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- U. S. Surgeon General. (1988) *The Health Consequences of Smoking Nicotine Addiction*. Rockville (USA). Disponível em <http://profiles.nlm.nih.gov>, acesso em 10/01/2009.
- Valença, A. M., Nardia, A. E., Nascimento, I., Mezzasalma, M. A., Lopes, F. L. & Zinb, W. (2001). Transtorno de pânico e tabagismo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 229-232.
- Viegas, C. A. A. (2006). Abordagem breve. Em A. P. Gigliotti & S. Presman (Orgs.), *Atualização no tratamento do tabagismo* (pp. 21-25). Rio de Janeiro: ABP – Saúde.
- Viegas, C. A. A., Andrade, A. P. A. & Silvestre, R. S. (2007). Características do tabagismo na categoria médica do Distrito Federal. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(1), 76-80.
- Vogt, M. F. B. (2007). Tabagismo em ginecologia-obstetrícia. Em C. A. A Viegas (Org.), *Tabagismo: Do diagnóstico à saúde pública*. São Paulo: Atheneu.
- Wendland, E. M. da R. (2007). *O hábito de fumar e o risco de desenvolver diabetes e hipertensão durante a gestação*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- World Health Organization. (2001). *Confronting the tobacco epidemic in an era of trade liberalization*. Geneva: WHO.

ANEXOS

Anexo 1. Roteiro para Entrevista Semi-estruturado

Roteiro para Entrevista Semi-estruturado

Local da entrevista: _____ Data: _____
 Nome: _____ D.N. _____ Sexo: _____
 Escolaridade: _____ Situação conjugal: _____
 Filho(s): _____ Ocupação atual: _____
 Renda familiar atual (soma dos salários e/ou rendimentos das pessoas com quem convive e divide despesas, em salários mínimos - SM):
☐ 0 até 1 SM (R\$415,00)
☐ Mais de 1 até 2 SM (R\$416,00 até R\$830,00)
☐ Mais de 2 até 5 SM (R\$831,00 até R\$2075,00)
☐ Mais de 5 até 10 SM (R\$2076,00 até R\$4150,00)
☐ Mais de 10 SM (R\$4151,00 ou mais)

Primeiramente, conversaremos um pouco sobre o início do seu comportamento de fumar tabaco:

1. Com que idade você começou a fumar?
2. Como foi o início deste comportamento (influências, situações marcantes)?

Sobre a época de sua participação no grupo de tratamento de tabagismo:

3. Quando você participou do grupo de tabagismo?
4. Quantos cigarros você estava fumando por dia, quando começou a frequentar o grupo?
5. Qual o principal motivo que levou você a tomar a decisão de mudar o comportamento de fumar?
6. Qual era seu objetivo quando você começou a frequentar o grupo de tratamento de tabagismo (parar, reduzir o uso de tabaco ou manter alguma mudança já realizada)?
7. Quando você participou do grupo de tabagismo, você acreditava que alcançaria seu objetivo?
8. Você já havia feito outras tentativas de mudar o comportamento de fumar? Quantas vezes? Como foi?

Agora, farei algumas perguntas a partir de sua condição atual, em relação ao tabagismo:

9. Você está fumando, atualmente? ☐ Sim ☐ Não

Se sim:	Se não:
a. Você chegou a parar de fumar por algum tempo?	a. Quando você parou de fumar?
b. Há quanto tempo voltou a fumar?	b. Como foi sua parada: de uma só vez (abrupta) ou aos poucos (gradual)?
c. Quantos cigarros você está fumando por dia?	c. Caso tenha sido gradual, você usou algum esquema, como o de redução ou de adiamento?
d. O que levou você a voltar a fumar?	d. Você fumou algum cigarro (lapso) ou voltou a fumar (recaída) depois que participou dos grupos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
e. Houve alguma mudança no seu comportamento de fumar, desde que você participou dos grupos?	Se sim: Quanto tempo depois? O que aconteceu?
	e. O que pode(ria) levar você a voltar a fumar?

Continuando, para entender melhor...

10. Fale, com suas palavras, o que é Síndrome de Abstinência.
11. Você teve/tem efeitos da Síndrome de Abstinência? () Sim () Não
Se sim: Quais? De 0 a 10, qual era/é a intensidade desses efeitos?
12. Fale, com suas palavras, o que é fissura.
13. Você teve/tem fissura? () Sim () Não
Se sim: De 0 a 10, qual era/é a intensidade da fissura que você sentiu/sente?
14. O que você fez/faz para enfrentar a fissura?
15. No Manual do Participante, há algumas dicas/estratégias para ajudá-lo a lidar com a fissura.
Responda, através do quadro que se segue, quais você utilizou ou ainda utiliza, e com que frequência.
Utilize a escala: **0.Nunca; 1.Raramente; 2.Às vezes; 3.Freqüentemente; 4.Muito freqüentemente**

Dicas/Estratégias	0	1	2	3	4
1. Beber muita água					
2. Ter sempre consigo algo para mastigar					
3. Fazer mais atividade física					
4. Respirar fundo para relaxar					
5. Fazer exercício de relaxamento muscular					
6. Fazer exercícios de fantasia. (imaginação/visualização)					
7. Ser positivo (Eu penso... Eu acredito... Na minha opinião...)					
8. Pensar construtivamente					
9. Prestar atenção à sua alimentação (incluir alimentos com poucas calorias)					
10. Presentear-se por ter parado de fumar					
11. Discutir o estresse de parar de fumar com seu grupo de apoio, com familiares e amigos					
12. Pedir apoio					
13. Presentear a si mesmo ou a alguém com o dinheiro que você não gasta mais com o cigarro					
14. Praticar algum esporte					
15. Procurar novas atividades ou desenvolver antigas de outra maneira					
16. Aumentar o tempo que você passa em lugares onde não se pode fumar, durante as primeiras semanas sem cigarros					
17. Rever seu manual regularmente					
18. Fazer uma lista das dicas mais importantes para você. Carregar e ler esta lista					
19. Ajudar um amigo a parar de fumar					
20. Planejar uma comemoração para festejar seus primeiros seis meses sem fumar					

16. Você fez/tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com essa situação? O quê?
17. Você usou algum medicamento para ajudar a mudar o comportamento de fumar? () Sim () Não
Se sim: () Adesivo () Goma de mascar () Bupropiona () Outro(s). Qual(is)? _____
18. Você mora com alguém? E na época de sua participação no grupo?
19. Em sua opinião, alguma pessoa teve participação importante para você mudar a conduta de fumar?
() Sim () Não. Se sim: Qual sua relação com essa(s) pessoa(s)?
20. Você acredita que ter participado das sessões de grupo ajudou você a mudar o comportamento de fumar?
() Sim () Não. Se sim: de 0 a 10, quanto seria? Por quê?
21. Em sua vida como um todo, tem alguma mudança que você atribui à modificação do comportamento de fumar? () Sim () Não. Se sim: Qual(is)?

Muito obrigada pela sua participação! ☺

Anexo 2. Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 012/2008

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 15/08 – Mudança de comportamento em participantes de grupos de controle do tabagismo no Distrito Federal

Instituição Pesquisada: SES/DF

Area Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde;

Validade do Parecer: 25/02/2010

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 25 de fevereiro de 2008.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SM/IN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-904

BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

Anexo 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade de Brasília / Instituto de Psicologia
 Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde
 Projeto de Pesquisa: Mudança de Comportamento em Participantes de Grupos de Controle do
 Tabagismo no Distrito Federal

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Brasília, ____/____/____

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa científica, desenvolvida pela psicóloga Karla Cristina Martins, mestranda do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob a orientação da Professora Doutora Eliane Maria Fleury Seidl.

O nosso objetivo é conhecer melhor as mudanças que ocorrem no comportamento de fumar em pessoas que participaram das sessões de grupo do Programa de Controle do Tabagismo no Distrito Federal. Com este estudo, pretendemos contribuir para a área da saúde, oferecendo elementos que possam subsidiar um atendimento cada vez mais eficiente e eficaz às pessoas que têm o comportamento de fumar e desejam modificá-lo.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo.

A sua participação será através das respostas a três escalas de fácil preenchimento e a uma entrevista. A aplicação destes instrumentos acontecerá em um único encontro na unidade de saúde onde você participou dos grupos de tabagismo. O tempo previsto de respostas é de aproximadamente 50 minutos. Pedimos-lhe, ainda, a permissão para gravarmos a entrevista em áudio para melhor aproveitamento das informações.

Informamos que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio científico, através de publicações, e também junto às ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Distrito Federal.

Se o(a) senhor(a) quiser qualquer esclarecimento em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora pelo telefone: (61)8484-8682. Ou ainda pelo e-mail: karlacrism@yahoo.com.br. Outras informações podem ser obtidas pelo telefone: (61) 3325-4955, no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que avaliou e aprovou este projeto.

O presente documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o(a) senhor(a).

Nosso agradecimento e consideração.

Karla Cristina Martins (Psicóloga/pesquisadora – CRP: 01/11288)

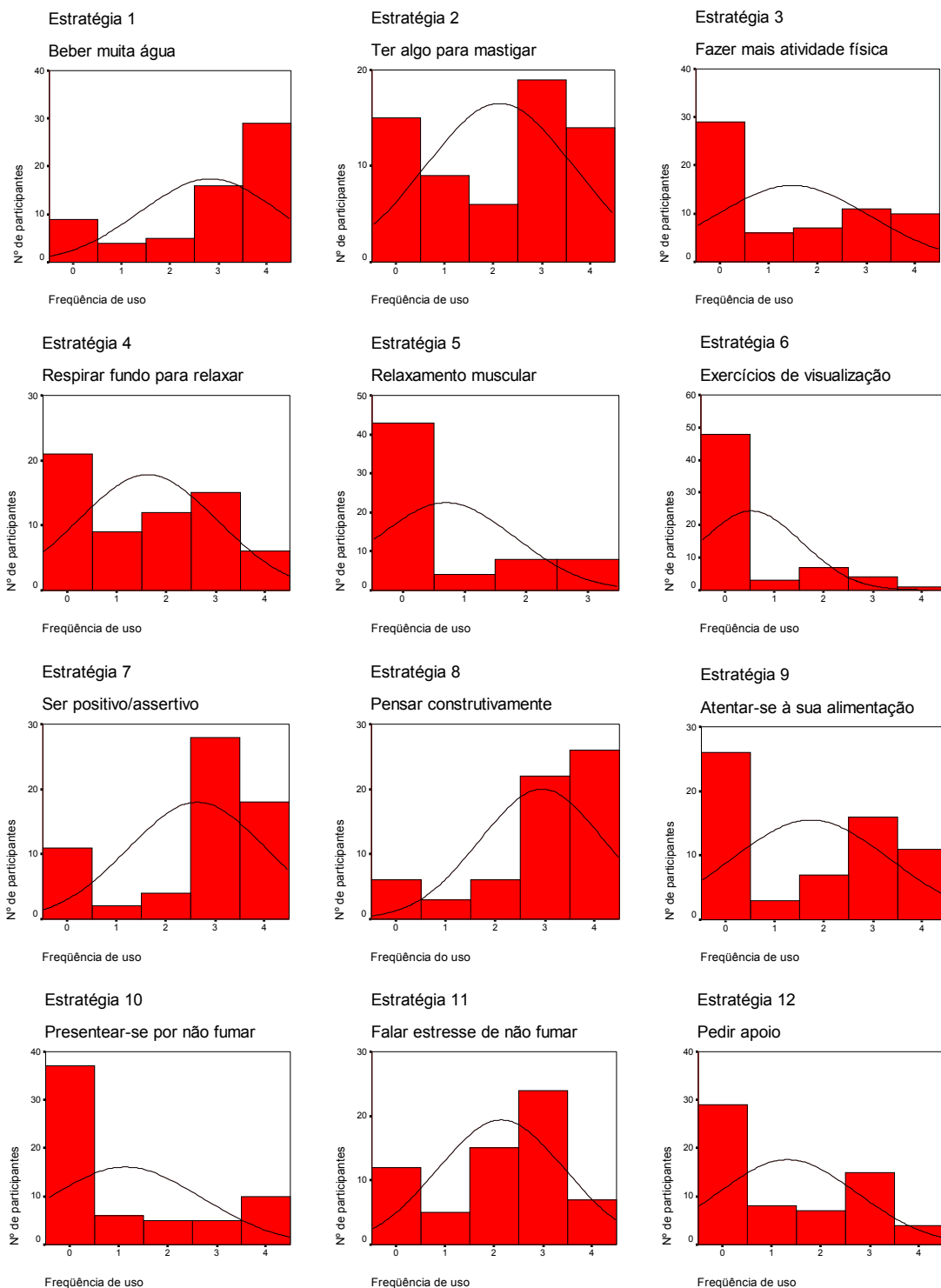
Eu, _____

Concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

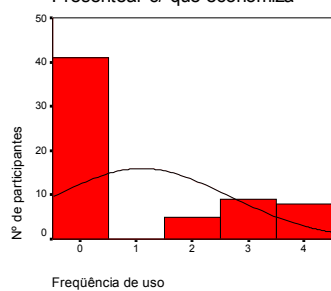
Unidade de Saúde: _____

Anexo 4. Frequência de uso das estratégias sugeridas no Manual do Participante



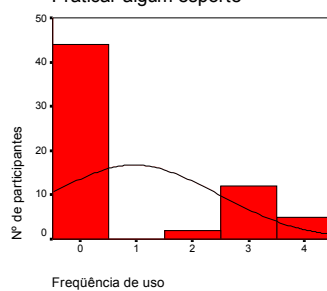
Estratégia 13

Presentear c/ que economiza



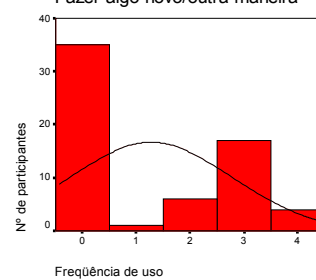
Estratégia 14

Praticar algum esporte



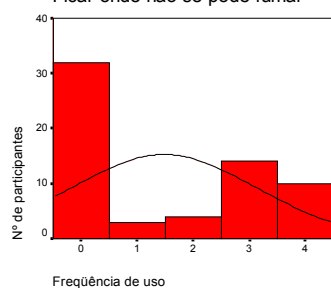
Estratégia 15

Fazer algo novo/outra maneira



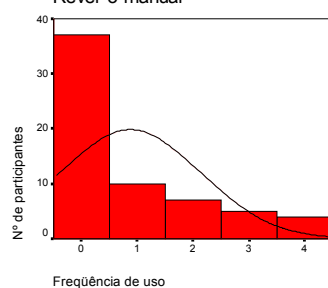
Estratégia 16

Ficar onde não se pode fumar



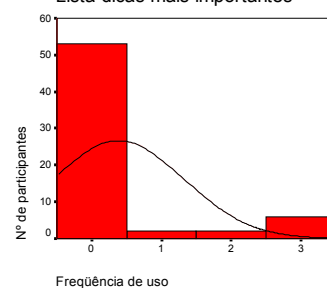
Estratégia 17

Rever o manual



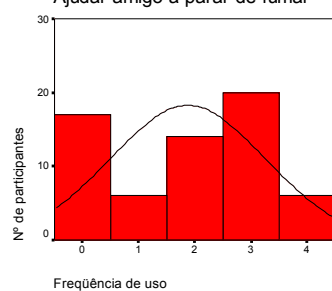
Estratégia 18

Lista dicas mais importantes



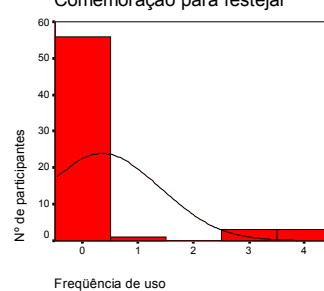
Estratégia 19

Ajudar amigo a parar de fumar



Estratégia 20

Comemoração para festejar



Anexo 5. Itens correspondentes a cada sub-escala da URICA-24 para o Tabaco

Pré-contemplação:

1. Eu não estou com um problema com relação ao meu uso de tabaco.
5. Muitas pessoas usam tabaco, eu não penso que isso seja um problema para mim.
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu uso de tabaco, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.
16. Talvez eu tenha problemas com o tabaco, mas não creio nisso.
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas em relação ao tabaco.
22. Eu tenho alguns problemas em relação ao tabaco, mas por que perder tempo pensando neles?

Contemplação:

3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu uso do tabaco.
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação ao tabaco.
9. Eu tenho um problema com o tabaco e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.
13. Eu gostaria de ter mais idéias de como solucionar o meu problema com o tabaco.
14. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação ao tabaco.
17. Eu estou em dúvida sobre fazer algo com relação ao meu uso de tabaco.

Ação

2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com o tabaco.
4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação ao tabaco.
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu comportamento com relação ao tabaco.
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação ao tabaco.
18. Eu realmente estou fazendo algo sobre o meu problema com o tabaco.
23. Eu estou ativamente trabalhando no meu problema em relação ao meu uso de tabaco.

Manutenção

10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída.
12. Eu pensei que estava livre do meu problema com relação ao tabaco, mas não estou.
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao meu uso de tabaco.
20. Às vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com o tabaco.
21. Estou frustrado, porque pensava ter resolvido meu problema com o tabaco, mas não resolvi.
24. Eu estou preocupado em talvez não conseguir manter a minha mudança em relação ao tabaco.