

Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário*

Factors that motivate smokers to seek outpatient smoking cessation treatment at a university general hospital

Adriana Carneiro Russo, Renata Cruz Soares de Azevedo

Resumo

Objetivo: Descrever os fatores motivacionais apontados pelos tabagistas para a busca de tratamento para cessação do tabagismo e relacioná-los com dados sociodemográficos e clínicos, estágio de prontidão para mudança e gravidade da dependência da nicotina. **Métodos:** Foram avaliados 53 tabagistas entre fevereiro de 2008 e fevereiro de 2009, que compareceram pela primeira vez a um ambulatório de substâncias psicoativas de um hospital geral universitário em busca de tratamento para parar de fumar. Os instrumentos utilizados foram uma ficha para coleta de dados sociodemográficos e clínicos; Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina; escala *University of Rhode Island Change Assessment* e um questionário com perguntas relacionadas ao hábito tabágico. **Resultados:** Foram avaliados 34 mulheres e 19 homens, com idade média de 48,1 anos. A maioria apresentava nível de escolaridade fundamental, era portador de doenças tabaco-relacionadas, começara a fumar na adolescência, tinha mais de 20 anos de tabagismo e dependência elevada. A decisão de parar de fumar foi principalmente influenciada por incentivo familiar, assim como a procura e encaminhamento para o tratamento foi influenciado por médicos. A maioria dos homens estava no estágio de contemplação, enquanto as mulheres tenderam a ter uma distribuição mais equitativa nos estágios ($p = 0,007$). As mulheres tinham tentado parar de fumar mais frequentemente que os homens ($p = 0,017$) e também tinham maior grau de dependência ($p = 0,053$). **Conclusões:** Os achados do estudo salientam o papel do profissional da saúde na abordagem do tabagismo, e apontam para a importância de intervenções mais direcionadas, tendo em vista as diferenças encontradas entre homens e mulheres.

Descritores: Tabagismo; Abandono do hábito de fumar; Motivação; Transtorno por uso de tabaco.

Abstract

Objective: To describe the reasons smokers give for seeking smoking cessation treatment, correlating those reasons with sociodemographic characteristics, clinical data, stage of readiness to change, and severity of nicotine dependence. **Methods:** Between February of 2008 and February of 2009, we evaluated 53 smokers who were naive to smoking cessation treatment and sought such treatment at the psychoactive substance abuse outpatient clinic of a university general hospital. The instruments used in the study were as follows: a form for the collection of sociodemographic and clinical data; the Fagerström Test for Nicotine Dependence; the University of Rhode Island Change Assessment scale; and a questionnaire on the smoking habit. **Results:** The sample comprised 34 women and 19 men, with a mean age of 48.1 years. Most of the participants had less than 8 years of schooling, had tobacco-related diseases, started smoking during adolescence, had smoked for more than 20 years, and had high nicotine dependence. The decision to quit smoking was mainly influenced by advice from family members, and the decision to seek specialized smoking cessation treatment was influenced by physicians. Most of the men were in the contemplation stage of change, whereas the women tended to have a more balanced distribution of the stages ($p = 0.007$). The women had attempted to quit smoking more often than had the men ($p = 0.017$) and also had a higher level of nicotine dependence ($p = 0.053$). **Conclusions:** The findings of this study highlight the role of health professionals in the approach to smoking cessation and suggest the importance of interventions that are more targeted, in view of the differences between men and women.

Keywords: Smoking; Smoking cessation; Motivation; Tobacco use disorder.

* Trabalho realizado na Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP) Brasil.

Endereço para correspondência: Renata Cruz Soares de Azevedo. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/Unicamp, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Caixa Postal 6111, CEP 13081-970, Campinas, SP, Brasil.

Tel 55 19 3521-7206. E-mail: azevedo.renata@uol.com.br

Apoio financeiro: Adriana Carneiro Russo é bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Recebido para publicação em 31/8/2009. Aprovado, após revisão, em 22/4/2010.

Introdução

O tabagismo foi visto, durante muito tempo, como parte da personalidade e do comportamento do indivíduo,⁽¹⁾ sendo inclusive glamorizado como um símbolo de masculinidade ou independência. Todavia, nas últimas décadas, essa visão foi sendo gradativamente substituída pela preocupação com os danos à saúde causados pelo tabagismo; o que era visto como um “hábito charmoso”, atualmente é descrito como dependência ao tabaco, que se manifesta de diferentes modos no comportamento e nas atividades do indivíduo, sendo considerada uma doença crônica e recorrente.⁽²⁾

O cigarro possui cerca de 60 substâncias cancerígenas, e seu uso está associado a 200 mil mortes por ano no Brasil.⁽³⁾ Em uma pesquisa nacional recente, aponta-se a prevalência de tabagismo em 20% na população adulta.⁽⁴⁾ Entre as doenças tabaco-relacionadas (DTRs) que mais causam morte estão as doenças cardiovasculares (43%), vários tipos de câncer (36%) e as doenças respiratórias (20%). Como resultado, um indivíduo que fuma muito pode ter sua expectativa de vida reduzida em 25% se comparada àquela de um não fumante.⁽³⁾ Além disso, cerca de um terço de todos os tabagistas no mundo morrerão prematuramente em função de sua dependência.⁽⁵⁾

Apesar dos efeitos nocivos do uso do tabaco, a maior parte dos tabagistas mantém o hábito de fumar devido a três principais mecanismos: o reforço positivo (relacionado à ação da nicotina no sistema nervoso central, liberando acetilcolina, noradrenalina, dopamina, serotonina e GABA, o que resulta em sensações prazerosas e redução do apetite, assim como no aumento da disposição, do estado de alerta e da atenção), o reforço negativo (representado pela manutenção do uso para evitar os sintomas da síndrome de abstinência, principalmente ansiedade, disforia, aumento do apetite, irritabilidade e dificuldade de concentração) e o condicionamento respondente (desencadeado por estímulos ambientais e emoções positivas e negativas associadas ao ato de fumar).⁽⁶⁾

Considerando a dificuldade da cessação do hábito de fumar, torna-se importante discutir os fatores que podem influenciar a decisão do abandono do hábito tabágico, entre os quais se destaca a motivação.^(7,8) A motivação pode

ser definida como um estado de prontidão ou de avidez para a mudança; a palavra vem da raiz latina que significa “mover-se” e é uma tentativa de compreender o que nos movimenta a uma certa direção ou objetivo. Tendo por base a relevância da compreensão dos mecanismos motivacionais envolvidos no processo de tomada de decisão, Prochaska e DiClemente⁽⁹⁾ descreveram um modelo transteórico de estágios de prontidão para a mudança, o qual discrimina as seguintes etapas:

- 1) Pré-contemplação: o indivíduo sequer considera a mudança, uma vez que não encara seu comportamento como problemático. Há uma valorização dos benefícios do comportamento e uma minimização dos efeitos negativos.
- 2) Contemplação: o indivíduo percebe relações entre seu comportamento e os problemas associados a ele, faz uma avaliação de custo-benefício mais realista e já considera a possibilidade de mudança, mas ainda está em forte ambivalência.
- 3) Preparação: nesse estágio, o indivíduo está pronto para tentar a mudança de comportamento, e é necessário que se sinta ativo na construção da mudança.
- 4) Ação: o indivíduo se engaja em ações específicas para alcançar a mudança pretendida.
- 5) Manutenção: consiste em integrar o novo comportamento à vida, empreendendo medidas para prevenir um retorno do comportamento (prevenção da recaída).

O modelo de “estágios de mudança” foi inicialmente descrito como um esquema linear e, mais tarde, como um modelo circular. Visto que os pacientes frequentemente apresentam recaídas e reentram no ciclo, passando algumas vezes pelos estágios até permanecerem longos períodos no estágio de manutenção, tal modelo foi posteriormente descrito como um modelo em espiral.^(10,11)

Utilizando o modelo citado na abordagem dos tabagistas, é relevante apontar que a motivação se modifica com o tempo e é influenciada pelo ambiente em que o tabagista se encontra,⁽¹²⁾ possuindo também íntima relação com o grau de dependência da nicotina.^(13,14) Ressalta-se, ainda, que a motivação pode ser influenciada por outrem, destacando aqui o papel do profissional

de saúde na adequação de sua abordagem ao estágio motivacional e ao planejamento terapêutico, visando estimular mudanças compatíveis com o estado motivacional do paciente e aumentando as chances de procura e adesão ao tratamento.⁽¹⁵⁾

Sendo a motivação um dos aspectos essenciais para que o fumante tenha, não só a iniciativa, mas o sucesso na tentativa de parar de fumar, é importante tentar compreender alguns elementos que possam contribuir para a motivação de um fumante na busca da cessação do tabagismo e utilizá-los em estratégias de prevenção secundária e terciária.

Considerando, portanto, a relevância da ampliação de abordagens na atenção aos tabagistas, este estudo teve como objetivos levantar dados sociodemográficos e clínicos além dos fatores motivadores para a procura de tratamento para cessação do tabagismo.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, no qual foram avaliados indivíduos que compareceram pela primeira vez ao Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) em busca de tratamento para parar de fumar entre fevereiro de 2008 e fevereiro de 2009.

Os critérios de inclusão utilizados foram: ser tabagista (uso diário de cigarros há pelo menos 1 ano); ser maior de 18 anos; estar procurando tratamento para o tabagismo no ASPA pela primeira vez (medida que teve como objetivo obter dados relacionados aos fatores de busca de tratamento de indivíduos que não tinham ainda recebido informações e orientações nos grupos de atendimento, buscando, com isso, obter respostas mais “espontâneas” e menos “contaminadas” pelo conteúdo motivacional abordado durante o tratamento); ter condições psíquicas para compreender com autonomia os objetivos do estudo e o termo de consentimento livre e esclarecido (ausência de comprometimento cognitivo relevante aparente ou sintomas psicóticos proeminentes), avaliada por impressão clínica do entrevistador e com supervisão de um docente psiquiatra; e ter fluência em português.

O estudo foi conduzido no ASPA do Hospital das Clínicas da Unicamp, que foi criado em 2000 e está inserido no Ambulatório de Psiquiatria.

Os pacientes eram informados dos objetivos da pesquisa e do termo de consentimento livre e esclarecido, como forma de convite à participação no estudo. Os pacientes que concordassem em participar, assinando esse termo, e que se adequavam aos critérios de inclusão responderam

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e clínico dos participantes do estudo.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	34 (64,2)
Masculino	19 (35,8)
Idade, ^a anos	48,11 ± 10,91
Estado civil	
Casado	31 (58,5)
Solteiro	8 (15,1)
Separado/divorciado	9 (17,0)
Viúvo	5 (9,4)
Escolaridade	
Analfabeto	3 (5,7)
Fundamental	39 (73,5)
Médio	10 (18,9)
Superior	1 (1,9)
Situação profissional	
Trabalhando	25 (47,2)
Desempregado	7 (13,2)
Afastado por doença	11 (20,8)
Aposentado por tempo de serviço	4 (7,5)
Aposentado por doença	6 (11,3)
Religião	
Católica	35 (66,0)
Evangélica	12 (22,7)
Nenhuma	6 (11,3)
Tem prática religiosa	34 (64,2)
Portador de DTR	37 (69,8)
Tipo de DTR	
Respiratória	21 (56,8)
Câncer	8 (21,6)
Cardiovascular	8 (21,6)
Portador de transtorno mental (autorrelato)	16 (30,2)
Tipo de transtorno mental (autorrelato)	
Depressão	12 (75,0)
Ansiedade	2 (12,5)
Esquizofrenia	2 (12,5)

DTR: doença tabaco-relacionada. ^aDado expresso em média ± dp.

aos instrumentos individualmente com a pesquisadora, em uma sala reservada.

Os instrumentos utilizados foram os seguintes:

- Ficha de coleta de dados sociodemográficos e clínicos, que levantou as seguintes variáveis: sexo, idade, profissão, situação profissional, atividade profissional, escolaridade, procedência, estado civil, número e idade de filhos, com quem mora, atividades de lazer, religião, prática religiosa, tipo de encaminhamento para o serviço, presença de morbidades clínicas e psiquiátricas autorrelatadas, uso de álcool e frequência e uso de alguma outra substância psicoativa.
- Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina, validado para uso no Brasil^(16,17): questionário que classifica o grau de dependência à nicotina como baixa (pontuação entre 0 e 4), média (pontuação 5) ou elevada (entre 6 e 10). As perguntas desse instrumento referem-se ao período de tempo, após o despertar, no qual o indivíduo fuma o primeiro cigarro do dia; à dificuldade em não fumar em locais onde o fumo é proibido; ao primeiro cigarro do dia como o que traz mais satisfação; ao número de cigarros consumidos por dia; ao consumo maior durante a manhã; e ao uso de tabaco mesmo quando se está muito doente.
- Escala *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA), utilizada para a mensuração da motivação para a mudança.⁽¹⁸⁾ É composto por 32 itens que inicialmente foram testados em fumantes e posteriormente com dependentes de álcool e de outras substâncias. Tem como objetivo investigar os estágios de motivação para a mudança através da utilização de afirmações que classificam a motivação entre quatro estágios: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. As respostas são dadas em escalas de 1 (discordo totalmente da afirmação) a 5 (concordo totalmente). Cada afirmação está ligada a um estágio motivacional diferente e, ao final do teste, é possível determinar qual é o grau de motivação do paciente, levando-se em conta em qual estágio sua pontuação foi maior.

- Questionário com perguntas abertas relacionadas ao hábito de fumar: idade em que começou a fumar; como começou a fumar; se mora com fumantes; porque o hábito de fumar começou a causar incômodo; porque procurou tratamento para parar de fumar; se já sofreu constrangimento por fumar; se tinha alguma patologia; se já teve problemas de saúde relacionados ao tabaco e, em caso afirmativo, quais; se já fizera outras tentativas de parar e, em caso afirmativo, quantas vezes, quando foi a última tentativa, quanto tempo durou, se recebeu algum auxílio e, em caso afirmativo, qual; se alguém incentivou o indivíduo a tomar a decisão de parar de fumar e, em caso afirmativo, quem; qual foi a reação da família diante da decisão; e o que motivou

Tabela 2 - Dados sobre o tabagismo relatados pelos participantes do estudo.

Variáveis	n (%)
Idade de início	
Menos de 12 anos	11 (20,7)
Entre 12 e 18 anos	39 (73,6)
Mais de 18 anos	3 (5,7)
Por que começou a fumar	
Facilitação social	28 (52,8)
Facilitação familiar	16 (30,2)
Curiosidade	7 (13,2)
Outros	2 (3,8)
Tempo de tabagismo	
Menos de 10 anos	2 (3,8)
Entre 10 e 20 anos	4 (7,5)
Mais de 20 anos	47 (88,7)
Grau de dependência ^a	
Baixo	10 (18,9)
Médio	7 (13,2)
Elevado	36 (67,9)
Nº de cigarros por dia	
10 ou menos	8 (15,1)
11 a 20	29 (54,7)
21 a 30	6 (11,3)
31 ou mais	10 (18,9)
Tentativas de cessação	
Nenhuma	12 (22,6)
1	11 (20,8)
2 ou 3	15 (28,3)
4 ou mais	15 (28,3)

^aDeterminado através do Teste de Fagerström para Dependência da Nicotina.

o indivíduo a tomar a decisão de parar de fumar.

Os dados referentes às questões fechadas foram anotados durante a entrevista. As respostas das questões abertas foram gravadas para permitir a obtenção de dados mais completos. A partir da análise das gravações, foram construídas categorias de acordo com as quais as respostas foram agrupadas.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, parecer nº 926/2007.

A consolidação e a análise do banco de dados foram feitas com o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 11.5 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). A análise descritiva dos dados foi realizada através de medidas de posição e dispersão para variáveis contínuas e de tabelas de frequência para variáveis categóricas. Foram utilizados os testes estatísticos do qui-quadrado e exato de Fisher.

Resultados

Foram abordados 53 tabagistas, sendo que todos aceitaram participar do estudo. A mediana de idade foi de 49 anos. A maioria dos participantes (81%) tinha filhos, dos quais 26,4% eram menores de idade. Um terço dos entrevistados (34%) morava com outros tabagistas. Em relação ao encaminhamento para o ASPA, 7 pessoas (13,2%) chegaram ao serviço por procura espontânea, 9 (17%) receberam uma sugestão informal de amigos ou colegas de trabalho e 37 (69,8%) foram encaminhados por médicos ou outros profissionais de saúde.

Os demais dados sociodemográficos e clínicos estão apresentados na Tabela 1; as informações referentes à história tabágica estão agrupadas na Tabela 2; e os fatores relacionados à busca de tratamentos encontram-se na Tabela 3.

Com relação ao estágio motivacional para mudança aferido pela escala URICA, 12 tabagistas ficaram com pontuação empatada para os estágios motivacionais de contemplação e ação, caracterizando um estágio que se encontra entre a forte ambivalência e a prontidão para agir.

Comparando-se os dados obtidos entre os sexos (Tabela 4), observou-se que a idade de início do tabagismo, as razões para começar a fumar e os motivos para parar de fumar são muito semelhantes entre homens e mulheres. Já em relação ao grau de dependência,

Tabela 3 – Fatores relacionados à busca de tratamento relatados pelos participantes do estudo.

Variáveis	n (%)
Por que fumar começou a incomodá-lo?	
Problema de saúde	30 (56,6)
Pressão social	10 (18,9)
Pressão familiar	8 (15,1)
Desconforto com o hábito	5 (9,4)
Já sofreu constrangimento por fumar?	
Sim	37 (69,8)
Não	16 (30,2)
Alguém o incentivou a tomar a decisão de parar?	
Sim	37 (69,8)
Não	16 (30,2)
Quem o incentivou?	
Familiar	25 (67,6)
Social	5 (13,5)
Profissional de saúde	7 (18,9)
O que o motivou a tomar a decisão de parar de fumar?	
Autocuidado	6 (11,3)
Preocupação com a saúde	37 (69,8)
Razões sociais	10 (18,9)
Por que procurou tratamento para parar de fumar?	
Auxílio para cessação	16 (30,2)
Incentivo de médicos	17 (32,1)
Incentivo de familiares	9 (9,4)
Preocupação com a saúde	15 (28,3)
Fonte de encaminhamento	
Profissional de saúde	37 (69,8)
Procura espontânea	7 (13,2)
Informal (amigos ou colegas de trabalho)	9 (17,0)
Estágio motivacional ^a	
Contemplação	25 (47,2)
Contemplação/Ação	12 (22,6)
Ação	16 (30,2)

^aDeterminado através da escala *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA).

nota-se uma distribuição desigual, sendo que as mulheres apresentaram um grau elevado de dependência da nicotina pelo Teste de Fagerström, em porcentagem significativamente maior que os homens (76,5% vs. 52,6%). Além disso, as mulheres apresentaram maiores taxas de tentativas prévias de parar de fumar e de sentimento de constrangimento devido ao hábito de fumar que os homens.

Discussão

Este estudo teve como principal objetivo levantar dados acerca do perfil sociodemográfico e

Tabela 4 – Comparação das variáveis por sexo.

Variáveis	Feminino (n = 34)		Masculino (n = 19)	
	n	(%)	n	(%)
Estado civil				
Casado	17	(50,0)	14	(73,7)
Não casado	17	(50,0)	5	(26,3)
Escolaridade				
Analfabeto	1	(2,9)	2	(10,5)
Fundamental ou maior	33	(97,1)	17	(89,5)
Portador de DTR	23	(67,6)	14	(73,7)
Tem câncer	4	(11,8)	4	(21,1)
Tem transtorno mental (autorrelato)	11	(32,4)	5	(26,3)
Tipo de transtorno mental (n = 16)				
Ansiedade	2	(18,2)	0	(0,0)
Depressão	8	(72,7)	4	(80,0)
Esquizofrenia	1	(9,1)	1	(20,0)
Idade de início do tabagismo				
Menos de 12 anos	7	(20,6)	4	(21,1)
Após 12 anos	27	(79,4)	15	(78,9)
Tempo de tabagismo				
Até 20 anos	3	(8,8)	3	(15,8)
Mais de 20 anos	31	(91,2)	16	(84,2)
Grau de dependência ^a				
Baixo ou médio	8	(23,5)	9	(47,4)
Elevado	26	(76,5)*	10	(52,6)
Nº de cigarros por dia				
10 ou menos	5	(14,7)	3	(15,8)
11 a 20	18	(52,9)	11	(57,9)
21 a 30	4	(11,8)	2	(10,5)
31 ou mais	7	(20,6)	3	(15,8)
Já tentou parar de fumar antes	3	(88,2)**	11	(57,9)
Por que fumar começou a incomodá-lo?				
Desconforto com o hábito	4	(11,8)	1	(5,3)
Problema de saúde	18	(52,9)	12	(63,2)
Pressão familiar	8	(23,5)	2	(10,5)
Pressão social	4	(11,8)	4	(21,1)
Já sofreu constrangimento por fumar	25	(73,5)	12	(63,1)
O que motivou a tomar a decisão de parar de fumar?				
Autocuidado	4	(11,8)	2	(10,5)
Preocupação com a saúde	23	(67,6)	14	(73,7)
Razões sociais	7	(20,6)	3	(15,8)
Razão de procura tratamento para cessação				
Auxílio para cessação	12	(35,3)	4	(21,1)
Incentivo de médicos	9	(26,5)	8	(42,1)
Incentivo de familiares	2	(5,9)	3	(15,8)
Preocupação com a saúde	11	(32,3)	4	(21,1)
Estágio motivacional				
Contemplação	13	(38,2)	12	(63,2)
Contemplação/Ação	12	(35,3) **	0	(0,0)
Ação	9	(26,5)	7	(36,8)

DTR: doença tabaco-relacionada. ^aDeterminado através do Teste de Fagerström para Dependência da Nicotina. *Teste do qui-quadrado (p = 0,053). **Teste de exato de Fisher (p < 0,05).

clínico dos tabagistas que procuraram tratamento, além de apresentar fatores relacionados à busca de tratamento, correlacionando-os com as variáveis sexo e estágio motivacional.

Com relação ao perfil sociodemográfico dos tabagistas que procuraram tratamento, este estudo corrobora dados da literatura,⁽¹⁹⁾ com predomínio de mulheres,⁽²⁰⁾ indivíduos casados⁽²¹⁾ e que têm prática religiosa.

A elevada taxa de DTRs (69,8%), principalmente considerando-se a média de idade (48,1 anos), já apontada em outros estudos,⁽²²⁾ reforça a importância de ampliar as estratégias de abordagem do tabagismo, minimizando os prejuízos associados a morbidade e mortalidade tabaco-relacionadas e, conseqüentemente, os custos individuais e coletivos dessa dependência.

Um grupo de itens da pesquisa que merece ser destacado aponta para o papel do profissional de saúde no processo que envolve os diferentes movimentos em direção à cessação tabágica. Por um lado, os entrevistados referiram como o principal fator motivador para a decisão de parar de fumar a preocupação com a saúde (69,8%), o que poderia sugerir a importância da informação dada pelo profissional de saúde no atendimento clínico. Todavia, os profissionais de saúde não foram apontados pelos tabagistas avaliados como agentes principais no incentivo para a tomada dessa decisão, representando um papel muito menor do que aquele representado pelos familiares (18,9% vs. 67,6%). Por outro lado, o papel do profissional de saúde torna-se mais relevante à medida que o paciente manifeste o desejo de parar de fumar: 32,1% dos entrevistados procuraram tratamento após o incentivo médico, contrastando com 9,4% após o incentivo de familiares. Além disso, 69,8% dos entrevistados chegaram ao serviço por encaminhamento de um profissional de saúde (os demais chegaram ao serviço por procura espontânea ou por orientação de amigos ou conhecidos). Esses dados corroboram os encontrados em estudos⁽²³⁾ que já indicavam a importância do papel do profissional de saúde no processo de cessação e que apontam que mesmo uma intervenção mínima é capaz de motivar para o estágio de ação. Dessa forma, é importante sensibilizar os profissionais de saúde para que abordem a importância da cessação tabágica para todos os tabagistas atendidos,

mesmo antes que esses manifestem interesse em parar de fumar,⁽⁷⁾ com o objetivo de estimular a passagem de um estágio pré-contemplativo para os estágios subsequentes.

A preocupação com a saúde foi citada como o maior causador de incômodo com o hábito de fumar, assim como o maior motivo para a tomada da decisão de parar de fumar. Essa variável deve ser utilizada como argumento incentivador de tentativa de cessação nas abordagens realizadas por profissionais de saúde e campanhas preventivas, reforçando a ideia de que parar de fumar a qualquer tempo, mesmo após a instalação de uma DTR, traz benefícios à saúde.^(7,24)

Outro dado apontado pelos entrevistados como motivador para a decisão de parar de fumar foram as razões sociais, entre elas, o constrangimento por fumar. Esse dado merece ser aprofundado em futuros estudos nacionais que sejam realizados após as medidas implementadas pela atual política antitabágica brasileira,^(25,26) discutindo o papel dessas medidas no processo de tomada de decisão de cessação do tabagismo.

Segundo a literatura, a recaída é frequente ao longo do processo de cessação tabágica, e estudos sugerem que são necessárias em média de cinco a sete tentativas prévias para que se atinja o sucesso.⁽⁵⁾ No presente estudo, a maior parte dos entrevistados já havia feito ao menos uma tentativa prévia de parar de fumar e, desses, um terço já havia tentado quatro vezes ou mais.

Este estudo corroborou pesquisas^(1,3,27) que apontam que o hábito de fumar começa geralmente na adolescência, sendo que, entre os entrevistados, 94,3% começaram a fumar antes dos 18 anos de idade. Dessa forma, campanhas de prevenção dirigidas e desenhadas especificamente para essa faixa etária são necessárias para que possamos ter, no futuro, um panorama mais favorável em relação às taxas de tabagismo na população adulta.

Apesar da limitação causada pelo autorrelato, a presença de transtorno mental como comorbidade, principalmente a depressão, foi frequente, conforme apontam outros estudos,^(8,20) e sua detecção é fundamental para a adequação de estratégias de abordagem, principalmente aquelas farmacológicas.⁽²⁸⁾

Quando comparamos homens e mulheres, algumas diferenças mostraram-se significativas: a distribuição no estágio motivacional ($p = 0,007$), sendo que os homens estavam predominantemente no estágio de contemplação, enquanto as mulheres tiveram uma distribuição semelhante entre os estágios; as tentativas prévias de parar de fumar ($p = 0,017$), com maior porcentagem de mulheres que já haviam tentado de parar de fumar quando comparadas com os homens; e o grau de dependência pelo teste de Fagerström ($p = 0,053$), com as mulheres tendo uma dependência da nicotina mais elevada que os homens. Esses dados sugerem a importância da criação de estratégias específicas para subgrupos populacionais, que tendem a ser mais efetivas quando mais direcionadas.⁽²⁸⁾

A literatura indica que cerca de 70% dos tabagistas estão planejando parar de fumar em algum momento,⁽²⁹⁾ e o estudo apontou que a maior parte dos tabagistas que procuraram tratamento estava no estágio de contemplação. Dessa forma, a capacitação de profissionais de saúde para atender essa demanda e contribuir para a passagem do estágio de contemplação para o de ação é fundamental como estratégia de saúde pública.⁽³⁰⁾

Algumas limitações deste estudo merecem ser mencionadas. A primeira delas refere-se à pequena amostra de tabagistas, o que traz limitações na análise e na significância estatística dos achados. Outra limitação é o fato de que não foram utilizados instrumentos diagnósticos padronizados para a avaliação da presença de ansiedade e depressão, sendo as mesmas autorrelatadas pelos entrevistados. Um terceiro elemento que merece ser apontado é o fato de que o estudo foi desenvolvido em um ambulatório inserido em um hospital geral universitário de referência, o que provavelmente elevou a taxa de patologias tabaco-relacionadas. Esses fatores devem ser considerados para a generalização dos dados aqui apresentados.

Espera-se que este estudo tenha contribuído com dados nacionais concernentes aos tabagistas e que esses possam ser utilizados para a ampliação e a otimização das estratégias de abordagem, principalmente em serviços públicos. Com isso, busca-se minorar os prejuízos relacionados ao hábito tabágico propriamente dito (entre eles, a dependência em si e a poluição tabágica ambiental) e aos danos a ele relacionados, principalmente as DTRs e seu impacto na morbidade e mortalidade. Outros estudos, com

casuísticas maiores, devem ser realizados com o intuito de construir um campo de saber nesta área de grande relevância para a saúde pública.

Referências

- Jarvis MJ. Why people smoke. *BMJ*. 2004;328(7434):277-9.
- Silva CJ, Laranjeira R. Neurobiologia da dependência química. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira RR, editors. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca; 2004. p. 12-29.
- Bordin S, Figlie N, Laranjeira R. Tabaco. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira RR, editors. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca; 2004. p. 55-67.
- Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Nappo SA. 1 Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo; 2002.
- Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação em Psicol*. 2006;10(1):91-9.
- Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas [homepage on the Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas [cited 2008 May 3]. Diretrizes para Abordagem Tabagista. Available from: http://www.fcm.unicamp.br/diretrizes/d_n_c/diretr_abord_tabagista/diretr_abord_tabagista_pag_1.html
- Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CM, Godoy I, Chatkin JM, Sales MP, et al. Smoking cessation guidelines--2008. *J Bras Pneumol*. 2008;34(10):845-80. Erratum in: *J Bras Pneumol*. 2008;34(12):1090.
- Rondina Rde C, Gorayeb R, Botelho C. Psychological characteristics associated with tobacco smoking behavior. *J Bras Pneumol*. 2007;33(5):592-601.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychol Psychother Theor Res Pract*. 1982;19(3):276-88.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992;47(9):1102-14.
- Griffith E, Marshal EJ. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ*. 2004;328(7435):338-9.
- Shadel WG, Stein MD, Anderson BJ, Herman DS, Bishop S, Lassar JA, et al. Correlates of motivation to quit smoking in methadone-maintained smokers enrolled in a smoking cessation trial. *Addict Behav*. 2005;30(2):295-300.
- Bernstein SL, Cannata M. Nicotine dependence, motivation to quit, and diagnosis in emergency department patients who smoke. *Addict Behav*. 2006;31(2):288-97.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press; 1991.
- Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989;12(2):159-82.

17. Meneses-Gaya IC, Zuairi AW, Loureiro SR, Crippa JA. Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *J Bras Pneumol.* 2009;35(1):73-82.
18. McConaughy EA, DiClemente CC, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: a follow-up report. *Psychotherapy.* 1989;26:494-503.
19. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FS, Jardim JR. Profile of smokers seeking a smoking cessation program. *J Bras Pneumol.* 2008;34(9):695-701.
20. Caram LM, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Martin Rdos S, et al. Characteristics of smokers enrolled in a public smoking cessation program. *J Bras Pneumol.* 2009;35(10):980-5.
21. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev Psiquiatr Clin.* 2005;32(5):283-300.
22. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. *J Pneumol.* 2004;30(2):S3-S73.
23. Silagy C, Ketteridge S. Physician advice for smoking cessation (Cochrane review). In: *Cochrane Library.* Oxford: Update Software, 1998; issue 2. Updated quarterly.
24. United States. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Rockville: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1990.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2009 Jul 30]. Derivados do Tabaco - Legislação. Available from: <http://www.anvisa.gov.br/tabaco/legis.htm>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [homepage on the Internet]. Brasília; Ministério da Saúde [cited 2009 Jul 30]. Legislação Federal Vigente sobre Tabaco no Brasil. [Adobe Acrobat document, 7p.] Available from: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/economia/leisfederais.pdf>
27. Falcão TJ, Costa Ido C. Smoking in a small city: an ethnographic study to serve as a base for the creation of a public health program. *J Bras Pneumol.* 2008;34(2):91-7.
28. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FS, Jardim JR. Profile of smokers seeking a smoking cessation program. *J Bras Pneumol.* 2008;34(9):695-701.
29. Hughes JR. Motivating and helping smokers to stop smoking. *J Gen Intern Med.* 2003;18(12):1053-7.
30. Azevedo RC, Higa CM, Assumpção IS, Fernandes RF, Boscolo MM, Frazatto CR, et al. Approach on smoking cessation by training public health providers. *Rev Saude Publica.* 2008;42(2):353-5.

Sobre os autores

Adriana Carneiro Russo

Aluna de Graduação em Medicina. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP) Brasil.

Renata Cruz Soares de Azevedo

Professora. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP) Brasil.