

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

FATORES DE SUCESSO NO ABANDONO DO TABAGISMO

ISABEL CRISTINA ECHER

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Saldanha Menna Barreto

TESE DE DOUTORADO

2006

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS**

FATORES DE SUCESSO NO ABANDONO DO TABAGISMO

ISABEL CRISTINA ECHER

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Saldanha Menna Barreto

TESE DE DOUTORADO

2006

E18f Echer, Isabel Cristina

Fatores de sucesso no abandono do tabagismo / Isabel Cristina Echer ; orient. Sérgio Saldanha Menna Barreto. – 2006. 149 f. : il. .

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre, BR-RS, 2006.

1. Tabagismo 2. Abandono do uso de tabaco 3. Promoção da saúde 4. Pesquisa qualitativa I. Menna Barreto, Sérgio Saldanha II. Título.

NLM: WM 290

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

*Dedico esta pesquisa
aos meus pais
por terem me ensinado hábitos de vida saudáveis.*

AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que contribuíram na elaboração dessa pesquisa. A elas, meus sinceros agradecimentos...

Ao Dr. Sérgio Saldanha Menna Barreto, por ter me aceitado como orientanda e por oferecer um tema a ser pesquisado. Pela orientação, atenção, incentivo, amizade, acolhida e afeto que sempre soube me dar. Por acreditar nesse projeto e em minha capacidade de realizá-lo.

Ao Dr. José Roberto Goldim, pela parceria, força, incentivo – a motivação pode ocorrer devido a pequenos detalhes e poucas palavras, como: *“Pare com esses pequenos projetos e faça Doutorado”* –. Bem, não parei com os pequenos projetos, mas mergulhei na realização do Doutorado.

À Dr^a Maria Lucia Tiellet, por aceitar orientar as questões metodológicas dessa pesquisa.

À Dr^a Miriam S. Comiotto, pela elucidação de dúvidas em relação à análise utilizada.

À Dr^a Anna Luz, por participar como auditora externa da análise das informações qualitativas, pelo incentivo, acolhida, disponibilidade em ajudar e sugerir e pelo coração aberto.

Ao Dr. Clovis Botelho, pelas valiosas sugestões dadas ao primeiro artigo.

À amiga Lygia Arnoldina Becker, pelo auxílio na reestruturação lógica dos textos (vulgo AG), pelo apoio, incentivo, compreensão, carinho, presença e disponibilidade constantes.

À amiga Amália de Fátima Lucena, por compartilhar comigo as dificuldades dessa caminhada, pelo interesse, pelo auxílio incondicional, pelas palavras amigas.

A Clarice Bohn Knies, pela revisão e reestruturação do texto, sinceridade e disponibilidade.

A Ângela Beatriz John e Marli Knorst, pelas contribuições dadas na organização da revisão bibliográfica.

Aos meus familiares, pela torcida, pelas orações e por me ensinarem a acreditar nas pessoas, nas relações e incentivar-me a seguir em frente e batalhar pelos meus sonhos.

Ao meu marido Rudimar e ao meu filho Diego, pela compreensão, amor, apoio e bons momentos dessa caminhada.

Ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio no desenvolvimento desse projeto.

Ao Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por financiar parcialmente este projeto.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por disponibilizar bolsista.

Aos participantes deste estudo, pela disponibilidade, pelos ensinamentos, por confiarem a mim sua história de vida e sua vitória na luta contra o tabagismo.

Aos colegas da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por me permitirem a necessária dedicação a esta pesquisa.

À Faculdade de Medicina, por aceitar alunos não médicos no Curso de Pós-Graduação, pelo aprendizado e convivência.

A Carolina Salini, bolsista do Serviço de Enfermagem Médica do HCPA, e a Rafaela Martins Pottes de Mello e Giordana de Cássia Pinheiro da Motta, bolsistas de iniciação científica, pela parceria, pelo fazer e refazer junto, pela colaboração, dedicação, convivência e aprendizado.

A Sandra Regina dos Santos Herdina, secretária do grupo de enfermagem do HCPA, pelo auxílio incondicional e dicas na resolução de problemas com o computador.

A todas as pessoas aqui não nominadas que, direta ou indiretamente, contribuíram na realização desta pesquisa.

AO FUMANTE

Que você possa alcançar todos os seus objetivos porque

Parte de nós é insegurança, mas a outra é

Vontade!

Que você possa aprender a perder,

Sem se sentir derrotado.

Que isso possa fazer você

Cada vez mais guerreiro porque

Parte de nós é o que temos, mas

A outra parte é

Sonho!

Que você nunca deixe de acreditar

E que nunca perca sua fé!

Esse é um novo dia para sentir e pensar

Vale a pena parar de fumar!

(Adaptado de: autor desconhecido)

RESUMO

Para investigar fatores que contribuem para o sucesso no abandono do tabagismo, foram entrevistados 16 fumantes em abstinência há mais de seis meses com dependência ≥ 5 na escala de Fagerström, recrutados intencionalmente junto à comunidade de Porto Alegre, no período de 2004 a 2006. Escolheu-se entrevistar indivíduos abstêmios no período de seis meses com base nos estágios sequenciais da história natural das tentativas de abandonar o hábito de fumar. A fase de manutenção é aquela em que os indivíduos mantêm-se convictos em abstinência ao fumo, por mais de 6 meses. A captação dos sujeitos se deu por intermédio de cartazes, divulgação entre amigos e indicação dos próprios participantes. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora na residência ou local de trabalho dos participantes. A entrevista, que teve por base a conversação, foi um evento psicológico e social que envolveu o perguntar ou discutir o tema “Como você conseguiu parar de fumar?”, em linguagem de domínio dos participantes, com abordagem dos motivos da decisão, estratégias utilizadas, mudanças de hábitos, recaídas e vivência de não fumar. Após a transcrição, as entrevistas foram examinadas pela Análise de Conteúdo, que envolveu exploração, sistematização e operacionalização das informações, mediante classificação e recorte das falas pela diferenciação e, posteriormente, pela agregação em unidades de significado, culminando com a interpretação das categorias e possíveis explicações para o fenômeno investigado. A confirmação das informações se deu pelo mecanismo de conferência com pares e pela participação de um revisor externo, que fez a leitura e análise das entrevistas e elaborou um resumo interpretativo, chegando aos mesmos resultados na versão original final. Da análise emergiram sete categorias: determinação de abandonar o tabagismo, apoio recebido, informação sobre os malefícios do cigarro, campanhas de esclarecimento, utilização de artifícios, restrições sociais ao fumo e benefícios relacionados ao parar de fumar. Os resultados são os seguintes: os indivíduos precisam estar determinados a parar de fumar e os profissionais de saúde, grupos familiar e social devem apoiar, compreender e motivar os fumantes a abandonarem o tabagismo; informações e campanhas que alertam para os prejuízos à saúde desacomodam o fumante e reforçam a conscientização e o comprometimento com a decisão de parar de fumar; os artifícios utilizados auxiliam na substituição da vontade de fumar; as restrições sociais mobilizam e educam, assim como constroem e banem o fumar em locais públicos; e a divulgação dos benefícios advindos do ato de parar de fumar constitui uma importante contribuição que os mantém abstêmios do fumo. O processo de abandono do tabagismo variou entre os indivíduos estudados, tendo cada um precisado escolher a melhor maneira para permanecer longe do hábito. Acredita-se que o querer de fato parar predomina sobre os outros fatores e que o fumante necessita de muita determinação e apoio de toda a sociedade para conseguir vencer a barreira da dependência à nicotina.

Descritores

Tabagismo. Abandono do uso de tabaco. Promoção da saúde. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

To investigate factors that contribute to the success in tobacco smoking cessation we have interviewed 16 smokers in abstinence for more than six months with a dependence ≥ 5 in the Fagerström scale. They were intentionally recruited before the Porto Alegre community in the period of 2004 to 2006. We have chosen to interview abstemic individuals in a period of six months based on sequential stages of the natural history of the trials to cease the smoking habit. The maintenance phase is a phase where those that, for more than 6 months, are convict in abstaining from smoking. The gathering of subjects was done through posters, spreading out the word to friends and indication of the participants themselves. Interviews were conducted by the researcher at the residence or working place of the participants. The interview was based on conversations and, as such, it was a psychological and social event that involved asking and discussing the theme "How were you able to stop smoking?", using a language that was dominated by the participants, being approached the reasons for the decision, strategies used, change of habits, relapses and non-smoking experience. After transcription, interviews were examined by the Content Analysis that involved the exploitation, systematization and operacionalization of information, classifying and cutting off speeches by differentiation and further gathering in units of signification, culminating with the interpretation of categories and possible explanations for the investigated phenomenon. Confirmation of information was done by means of a conference mechanism with pairs and for the participation of external proof readers that read and analyze the interviews and put together an interpretative abstract, reaching the same results in the final original version. From the analysis seven categories emerged: determination to tobacco smoking cessation, support received, information on the misdeeds of cigarettes, elucidating campaigns, the use of artifices, social restrictions to smoking and benefits related to smoking cessation. Results point out to the need of the individuals to be determined to quit smoking and the support of health professionals and family and social members to support, understand and motivate smokers to cease tobacco smoking; information and campaigns that alert to harms to health displace smokers and reinforce the awareness and the commitment with the decision to quit smoking; artifices used help in the substitution of will to smoke; social restrictions mobilize and educate, as well as restrain and ban smoking in public places and the disclosure of the benefits arising from the act of stop smoking is an important contribution that keep them abstemious from smoking. The process of tobacco smoking cessation did not occur the same way among individuals of the studied group, each one had to choose the best way to remain far from the habit. It is believed that the fact or really willing to quit is preponderant over other factors and that the smoker needs a lot of determination together with the support of the society to be able to overcome the barrier of nicotine dependence.

Keywords

Smoking. Smoking cessation. Health promotion. Qualitative research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 O FUMO COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	16
2.2 FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O ABANDONO DO TABAGISMO	19
2.2.1 <i>Conhecer as principais dificuldades de parar de fumar</i>	19
A dependência à nicotina.....	20
Síndrome de abstinência à nicotina	21
Personalidade e doenças psiquiátricas.....	22
Ganho de peso	22
2.2.2 <i>A determinação de parar de fumar</i>	23
2.2.3 <i>Apoio profissional</i>	25
2.2.4 <i>Abordagem cognitivo-comportamental</i>	29
Fases do abandono do tabagismo.....	30
2.2.5 <i>A utilização de medicamentos</i>	33
2.2.6 <i>A utilização de artifícios</i>	34
2.2.7 <i>A participação em grupos de apoio</i>	35
2.2.8 <i>Educação em saúde</i>	36
Informação e campanhas sobre os malefícios do tabagismo	38
Os benefícios da cessação do tabagismo.....	42
2.2.9 <i>As restrições sociais ao fumo</i>	44
3 OBJETIVOS	49
3.1 OBJETIVO GERAL.....	49
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	49
4 METODOLOGIA	49
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	49
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	50
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	51
4.4 COLETA DE INFORMAÇÕES	51
4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	52
4.6 CREDIBILIDADE DOS RESULTADOS.....	54
5 ASPECTOS ÉTICOS	54
6 REFERÊNCIAS	56

7 ARTIGOS	65
7.1 ARTIGO CIENTÍFICO 1	66
7.1.1 <i>Versão em português</i>	66
7.2 ARTIGO CIENTÍFICO 2	80
7.2.1 <i>Versão em português</i>	80
7.3 ARTIGO CIENTÍFICO 3	88
7.3.1 <i>Versão em inglês</i>	88
7.3.2 <i>Versão em português</i>	102
7.4 ARTIGO CIENTÍFICO 4	117
7.4.1 <i>Versão em português</i>	117
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	139
9 APÊNDICES.....	142
APÊNDICE A – ESCALA DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA	142
APÊNDICE B – ENTREVISTA.....	143
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	145
10 ANEXOS.....	146
ANEXO A – APROVAÇÃO DO PROJETO HCPA	146
ANEXO B – APROVAÇÃO DO PROJETO EEUFRGS	147

1 INTRODUÇÃO

Durante séculos, o uso do tabaco foi difundido mundialmente como erva dotada de propriedades medicinais capazes de curar diversas doenças. O comportamento de fumar foi tornando-se familiar, e o cigarro^a, objeto de desejo de milhões de pessoas, especialmente a partir da década de 1950, quando as técnicas de publicidade se desenvolveram com maior abrangência⁽²⁾.

Nos Estados Unidos, o pico do consumo ocorreu em 1963. No ano seguinte, foi publicado o primeiro relato sobre tabagismo e saúde, que concluía que o tabagismo estava relacionado ao câncer de pulmão e de laringe, à bronquite crônica e associado ao risco aumentado de várias outras doenças, incluindo o comprometimento das artérias coronárias⁽³⁾.

Após essa publicação, foi lançada em âmbito mundial a “Campanha Antitabagismo”, com esforços da saúde pública e das políticas de saúde para informar os fumantes sobre os riscos relacionados ao consumo do cigarro, assim como passou a ampliar-se o conhecimento científico acerca das conseqüências do tabagismo para a saúde de toda a população, inclusive dos indivíduos expostos ao fumo, ou seja, os fumantes passivos⁽³⁾.

No Brasil, as manifestações pelo controle do tabagismo tornaram-se mais evidentes a partir da década de 1970, por iniciativa, principalmente, de profissionais isolados, associações médicas e religiosas e outras organizações não governamentais (ONGs). Somente no final da década de 1980, o Ministério da Saúde passou a assumir o papel que lhe cabia na organização de ações sistemáticas, continuadas e abrangentes, através do Instituto Nacional de Câncer (INCA)⁽²⁾. Entretanto, apesar das campanhas, é grande o percentual de pessoas que continuam fumando e que se iniciam no hábito tabágico.

O tabagismo, antes visto como estilo de vida, é atualmente reconhecido como um importante fator de adoecimento, sendo a principal causa de morbimortalidade prevenível no Brasil e no mundo. Por isso, a necessidade de investir em ações para apoiar as pessoas a deixarem de fumar é cada vez mais evidente⁽⁴⁾.

Ao lado disso, cabe lembrar o impacto socioeconômico que a redução do tabagismo no mundo tem sobre diversos setores da sociedade, como agricultura, recolhimento de impostos, e outros. Por isso, é necessário sensibilizar e mobilizar diversos setores da sociedade para a busca de culturas para substituir o plantio do tabaco, para que os esforços nessa área tenham sucesso⁽⁴⁾.

^a O cigarro, pela extensão de seu uso, é a forma mais importante de utilização do tabaco; portanto, no texto que segue, a palavra cigarro será utilizada como sinônimo de tabaco⁽¹⁾.

No Brasil, morrem anualmente 200 mil pessoas por causa do cigarro; por essa razão, é de total importância alertar a população sobre os malefícios desse hábito⁽⁵⁾. Paralelamente a esse quadro, o tabagismo causa problemas como dor, sofrimento pessoal e familiar, questões que ainda têm sido pouco consideradas. Assim, é necessário realizar um trabalho baseado fundamentalmente na educação de todos os segmentos sociais, utilizando como canais as instituições públicas e privadas de saúde e educação, as empresas e os meios de comunicação de massa, com vistas a buscar estratégias para diminuir o número de fumantes.

Estudos têm mostrado que 30% a 50% das pessoas que começam a fumar tornam-se dependentes. Nos últimos 20 anos, a educação e a persuasão não foram suficientes para promover uma mudança política, cultural e social relacionada ao comportamento de fumar. Além disso, intervenções para interromper o uso de tabaco ainda não estão integradas às rotinas dos serviços de saúde no mundo. Algumas das barreiras apontadas para isso são a falta de tempo disponível para acrescentar ações assistenciais mais específicas a essas rotinas e a percepção dos profissionais de saúde de que os tratamentos para dependência de nicotina são pouco efetivos^(6;7).

Dentre as possibilidades para dissuadir o início e promover o afastamento do tabagismo, encontram-se a abordagem cognitivo-comportamental, a farmacoterapia, o acompanhamento clínico, os grupos terapêuticos e o apoio da família. Além disso, desde a década de 1980 ressalta-se a importância da divulgação, na mídia, dos malefícios do fumo, das vantagens de parar de fumar e dos danos ambientais associados ao fumo⁽⁸⁾.

A abordagem cognitivo-comportamental combina intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais visando ao abandono e à prevenção de recaídas, aos quais se podem aliar medicamentos para reduzir a fissura e os sintomas da abstinência. É também importante trabalhar o ambiente social do fumante, a fim de que familiares, amigos e colegas de trabalho possam ajudar quem busca abandonar o cigarro^(9;10). Muitos pacientes referem grande sofrimento individual e familiar e pouca tolerância à síndrome de abstinência, o que dificulta a decisão de se manter sem o tabaco⁽⁷⁾.

Analisando o comportamento dos fumantes, Prochaska e DiClemente dividiram em seis fases a história natural das tentativas de abandonar o hábito de fumar: a pré-contemplação, a contemplação, a determinação, a ação, a manutenção e a recaída. Segundo os autores, avançar nessa escala evoluindo um estágio por mês duplica as possibilidades de, em seis meses, os indivíduos não estarem mais fumando⁽¹¹⁾.

Muitas vezes, as intervenções dos profissionais da área de saúde buscam suprir uma presumível falta de conhecimento do indivíduo a respeito do que causou o aparecimento de determinada doença. Inúmeros trabalhos já demonstraram a associação do tabagismo com certas doenças, no entanto, embora esse fator de risco possa ser eliminado, os serviços de saúde não têm

conseguido fazer as pessoas abandonar o tabagismo⁽¹²⁾, o que reflete a dificuldade que as pessoas enfrentam para parar de fumar.

Sabe-se que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar e que apenas aproximadamente 3% o conseguem sem ajuda. Isso evidencia o grande potencial de ajuda dos profissionais de saúde na abordagem rotineira do fumante⁽¹³⁾. No entanto, as terapias para a cessação do tabagismo têm sido pouco efetivas, com taxas de abstinência de 30% a 41%^(2;14).

Dentre os diversos fatores dificultadores da cessação do tabagismo, destacam-se os de âmbito geral, ou seja: as intervenções para interromper o uso do tabaco ainda não estão interligadas às rotinas de saúde no mundo; faltam estratégias para integrar ações assistenciais mais específicas, infraestrutura de apoio e medicações; os profissionais de saúde consideram ineficazes os tratamentos para a dependência; o tabaco é uma droga lícita e a indústria do tabaco tem muita força; e há pouco pessoal técnico preparado para este tipo de ação. Além desses, há os fatores ligados às características de cada indivíduo, tais como gravidade da síndrome de abstinência, motivação, grau de dependência nicotínica, personalidade, doenças psiquiátricas e ganho de peso⁽⁷⁾.

A pessoa que fuma fica dependente da nicotina, uma droga bastante poderosa. Tal como a cocaína, ela atua no sistema nervoso central, acarretando problemas clínicos importantes, como dificuldade de controlar seu uso, sintomas de abstinência e a tolerância aos efeitos da droga. Normalmente, a abstinência é desencadeada pela interrupção do ato de fumar; a intensidade dos seus sintomas varia de pessoa para pessoa. Já foi até mesmo levantada a hipótese de que a maioria dos fumantes pesados continua a usar a nicotina para evitar os sintomas da abstinência⁽¹⁵⁾.

O dependente passa a ter a crença e a expectativa de que o consumo da droga provocará determinados efeitos ou evitará outros, ainda que esses efeitos não sejam necessariamente reais. A crença de que o cigarro vai relaxar induz a fumar, independentemente de isso ocorrer ou não⁽¹⁶⁾.

Conforme o exposto, percebe-se que existem diversos fatores que dificultam o abandono do tabagismo e que é fundamental que os profissionais de saúde e de educação sejam alertados para o papel que devem desempenhar, para que possam promover atividades que contribuam para o cessar de fumar.

Estudos quantitativos sobre freqüências das diferentes barreiras e motivações para procura de tratamento podem ser mais bem elaborados a partir do conhecimento de quais são esses fatores com base em pesquisas de cunho qualitativo⁽¹⁷⁾. O desejo de conhecer mais a fundo o processo de abandono do tabagismo levou à escolha de metodologia qualitativa, a qual permite estar com os indivíduos que vivenciam o abandono do tabagismo.

O conhecimento das dificuldades pessoais e sociais associadas ao parar de fumar despertou a curiosidade de saber como vivem esses indivíduos, como conseguiram parar, quais os problemas que

enfrentam ao parar, como lidaram com esses problemas, como os profissionais e as relações sociais podem auxiliá-los nesse período crítico e, também, como percebem os benefícios de parar, tudo isso com vistas a propor uma assistência mais humanizada, ética e eficaz aos envolvidos no processo de parar de fumar.

1.1 JUSTIFICATIVA

O tabagismo continua sendo um grave e importante problema de saúde pública mundial, pois ele compromete a vida dos fumantes e dos indivíduos expostos ao fumo passivo, bem como a qualidade ambiental. Por isso, é preciso pensar em formas de incrementar a adesão dos fumantes à decisão de parar de fumar. Além disso, reduzir o número de pessoas jovens que começam a fumar é um desafio em todo o mundo, dependendo de seu êxito o nível e o impacto do tabagismo na vida adulta⁽¹⁸⁾.

Não se pode formar profissionais para realizar o cuidado que compreenda o ser humano em sua multidimensionalidade com base na ficção de construtos teóricos, mas sim a partir de evidências que tenham como ponto de partida a prática profissional⁽¹⁹⁾. Sabe-se que a motivação pessoal é um dos fatores importantes na cessação do tabagismo e que ela está inter-relacionada com uma gama de variáveis hereditárias, psicológicas, fisiológicas e ambientais^(7;9;18).

A literatura classifica os assuntos habitualmente valorizados nas pesquisas da área de saúde em estudos qualitativas e quantitativas. Entre os temas da pesquisa qualitativa, aparecem como construtos habituais, os estudos dos significados, vivências/experiências de vida, da adesão e não adesão ao tratamento e prevenção, dos fatores facilitadores/ pontes e barreiras frente a abordagens⁽²⁰⁾, o que vai ao encontro da escolha metodológica que busca compreender melhor a vivência de indivíduos que pararam de fumar, visando traçar estratégias para o abandono do tabagismo.

Para a realização deste estudo, várias bases de dados foram consultadas, sendo o PubMed a principal. É importante salientar que nesta base de dados existem mais de 80 mil trabalhos sobre o tema tabagismo. Entretanto, quando se pesquisa utilizando-se os *MeSH* termos *smoking cessation and interviews*, encontra-se 176 artigos, com apenas seis⁽²¹⁻²⁶⁾ deles abordando fatores de sucesso no abandono do tabagismo e oito⁽²⁷⁻³⁴⁾ a experiência de indivíduos no processo de abandono. Quando utilizam-se os termos *smoking cessation and qualitative research*, encontram-se 17 artigos, com apenas um⁽³⁵⁾ deles abordando o abandono sob a experiência de fumantes que tentaram parar de fumar e seis^(29;31;36-39) versando sobre fumantes e não-fumantes e os diferentes aspectos do hábito de

fumar. Ao utilizar os termos *smoking cessation and focus groups*, encontram-se 62 artigos, dos quais apenas três^(34;40;41) abordam as dificuldades do abandono na visão de fumantes e fumantes em abstinência. E ao pesquisar os termos *smoking cessation and planning techniques*, encontram-se sete artigos, com apenas um⁽⁴²⁾ deles abordando as dificuldades dos fumantes de pararem de fumar e se manterem em abstinência.

Portanto, existe uma lacuna de pesquisas que versem sobre o que contribui para o sucesso no abandono do tabagismo. Isso reforça a escolha da questão de pesquisa deste estudo, pois pouco ainda se conhece sobre o tema na perspectiva de indivíduos que pararam de fumar.

Assim, a elaboração de um estudo que busque identificar fatores de sucesso associados à cessação do fumo, mediante uso do método qualitativo, pode fornecer subsídios para incrementar a promoção da saúde com novas abordagens. Para tanto, esta pesquisa nortear-se-á pela seguinte questão:

Quais os fatores que contribuem para o sucesso no abandono do tabagismo?

2 REVISÃO DE LITERATURA

O estudo do tabagismo envolve inúmeras variáveis, desde questões motivacionais que levam ao hábito e à dependência, aos malefícios produzidos por mais de 4.000 substâncias geradas na combustão do tabaco, até o difícil caminho a percorrer para os que querem parar de fumar⁽⁴³⁾. Na revisão bibliográfica, apresentam-se tópicos que conduzem a reflexões sobre alguns aspectos dessa ampla temática que podem contribuir para o processo de abandono do tabagismo.

2.1 O FUMO COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A epidemia global do tabaco é mais grave hoje do que há 50 anos e será ainda pior nos próximos 50 anos, a menos que esforços extraordinários sejam realizados. Alguns países já diminuíram as taxas de tabagismo, e esse sucesso pode ser reproduzido por qualquer nação responsável, através de efetiva e imediata ação governamental e comunitária⁽⁴⁴⁾. O tabagismo representa um problema de saúde pública não somente nos países desenvolvidos, como também em países em desenvolvimento. O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas por

doença⁽⁴⁵⁾. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o mapeamento e as diretrizes de enfrentamento da epidemia do fumo são desafiadores⁽⁴⁶⁾.

Recentemente tem-se observado, no sexo masculino, um ligeiro declínio na prevalência, principalmente nos países desenvolvidos e também em alguns países em desenvolvimento. Entre as mulheres, alguns países como Austrália, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos já apresentam uma discreta tendência à redução na proporção de fumantes, enquanto os demais países evidenciam uma tendência de aumento da iniciação e conseqüente aumento da prevalência de tabagismo^(45,47).

A freqüência de dependência do tabagismo é alta, inclusive nos países desenvolvidos; existe cerca de 1,3 bilhão de fumantes no mundo, sendo o consumo de 1.650 cigarros/fumante/ano^(48,49). O custo social do fumo é altamente expressivo, uma vez que 5 milhões de pessoas morrem por ano no mundo devido ao consumo de cigarro. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, se essa tendência permanecer, no ano 2020 morrerão no mundo 10 milhões de pessoas por ano em decorrência do tabagismo. Atualmente, estima-se que 50% da população americana nunca fumou, 25% são fumantes e 25% são fumantes em abstinência. O fumo corresponde a 20% das mortes nos EUA e representa a primeira causa de mortalidade que poderia ser prevenida, correspondendo a 450 mil mortes por ano⁽¹⁵⁾.

Pode-se esperar que, em países em desenvolvimento, esse percentual seja ainda maior. Nesses países, as populações carentes vivem sob diferentes pressões, como baixa escolaridade, desemprego, pouca oportunidade de inserção social, violência, desnutrição, além de outros fatores. Esse regime de estresse, comum às comunidades de baixa renda, é um estímulo ao tabagismo, seja como fuga seja como estratégia de enfrentamento. Entre os moradores de rua, o tabagismo pode alcançar percentuais de 90%⁽⁵⁰⁾.

O percentual de fumantes no Brasil é considerado alto; cerca de 32,6% dos adultos fumam. No Rio Grande do Sul, 38% dos homens e 30% das mulheres são fumantes, representando 42% da população geral. Em Porto Alegre, cerca de 25,2% da população é fumante, sendo 28,2% entre os homens e 22,9% entre as mulheres. A maior concentração de fumantes está na faixa de 20 a 49 anos^(51;52).

O tabagismo é a primeira causa de morte por câncer prevenível entre os homens em Porto Alegre e Goiânia, a segunda em São Paulo e Belém e a terceira em Fortaleza e Recife⁽⁵³⁾. Cerca de 10% do total de óbitos no Rio Grande do Sul ocorrem devido ao uso dessa forma de drogadição. As mortes relacionadas ao tabaco superam a soma de todas as causas de morte preveníveis⁽⁵⁴⁾.

Estudo realizado na região sul do Brasil que descreveu a prevalência e os fatores de risco para o tabagismo em uma amostra de base populacional de adolescentes residentes em área urbana, evidenciou que apresentaram uma maior razão de *odds* para tabagismo aqueles adolescentes que não

estavam estudando, que eram repetentes, cujos pais estavam separados ou que relataram terem abusado de bebidas alcoólicas no último mês⁽⁵⁵⁾.

A prevalência de tabagismo na adolescência mostrou-se alta na cidade de Pelotas (RS); os fatores de risco para tabagismo na análise multivariada, por regressão logística, foram maior idade (*odds ratio* (OR) de 28,7), irmãos mais velhos fumantes (OR de 2,4), três ou mais amigos fumantes (OR de 17,5) e baixa escolaridade (OR de 3,5)⁽⁵⁶⁾. Cerca de 80% a 90% dos fumantes iniciam-se no tabagismo antes de 18 anos, sendo que, nos países em desenvolvimento, a maior proporção de jovens inicia-se em torno dos 12 anos⁽⁵⁷⁾.

Muitos estudos evidenciam que o consumo de derivados do tabaco causa quase 50 doenças diferentes, principalmente as cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas^(45;53). As doenças cardiovasculares e o câncer são as principais causas de morte por doença no Brasil, sendo que o câncer de pulmão é a primeira causa de morte por câncer. As estatísticas revelam que os fumantes, comparados aos não-fumantes, apresentam um risco dez vezes maior de adoecer de câncer de pulmão, cinco vezes maior de sofrer infarto, bronquite crônica e enfisema pulmonar e duas vezes maior de sofrer acidente vascular encefálico⁽⁵³⁾.

Na literatura, é relatado que os fumantes desenvolvem mais doenças do aparelho digestivo (doença do refluxo gastroesofágico, gastrites e úlceras gastroduodenais), do aparelho genital (disfunção erétil), da visão (ambliopia alcoólica-tabágica e catarata), do sistema imunológico (infecções viróticas/ gripe e bacterianas/ pneumonia, inclusive a tuberculose pulmonar, e alergias respiratórias), em relação aos não-fumantes. O consumo de tabaco pode acarretar ainda problemas como pele fria, cor amarelada da pele e dentes, acne, aftas, herpes simples labial, osteoporose, menopausa precoce, colite ulcerosa, leucemia, doença de Crohn e sarcoidose⁽⁵⁸⁾.

A fumaça do cigarro contém 4.720 elementos diferentes, muitos considerados venenosos, como a nicotina, o alcatrão e o monóxido de carbono. A ação desses elementos no organismo humano começa a ser associado a doenças tabaco-relacionadas, como alteração nos genes e carcinogênese, aumento de radicais livres e da carboxihemoglobina, disfunções enzimáticas, metabólicas e hormonais, alterações vasculares e brônquicas^(59;60).

A exposição à fumaça ambiental do tabaco pode ser vista sob dois aspectos: pelo aumento dos riscos de doenças entre não-fumantes e pelo exemplo que pais e irmãos representam para os jovens que não fumam. Em crianças, aumenta o risco de sintomas respiratórios, episódios de asma, doença respiratória aguda, síndrome da morte súbita na infância e infecções de ouvido médio. Os efeitos na gravidez e feto mostram que o tabagismo aumenta o risco de baixo peso ao nascer e de mortalidade perinatal e está associado ao aumento do risco de descolamento prematuro de placenta e hemorragia no pré-parto⁽⁵⁷⁾. O convívio com fumantes ainda pode desencadear sintomas como ardor nos olhos,

lacrimejamento, sintomas nasais, tosse irritativa, cefaléias, tonturas e broncoespasmos em pessoas alérgicas⁽⁵⁸⁾.

Em estudo, para avaliar o risco populacional atribuível (RPA) ao fumo em três tipos de câncer, identificou-se que, para câncer de pulmão, o RPA para fumantes em abstinência foi de 63% e, para fumantes, 71%. Para câncer de laringe, o RPA foi de 74% para fumantes em abstinência e de 86% para fumantes. O câncer de esôfago mostrou um risco de 54% para fumantes. O estudo concluiu que o fumo é um importante fator de risco e que sua cessação contribuiria para reduções significativas na incidência de câncer nesses três sítios⁽⁶¹⁾.

Em outro estudo para avaliar a associação do fumo passivo com morbidade respiratória em crianças abaixo de cinco anos de idade, verificou-se que 82% tinham problemas respiratórios, com *odds ratio* (OR) de 1,64. As queixas respiratórias mais freqüentes foram chiado no peito, dispnéia, tosse e/ou expectoração. A chance de apresentar asma, bronquite ou pneumonia foi maior para as crianças fumantes passivas (OR de 1,60). Os principais fatores de risco com chance de predizer morbidade respiratória em crianças com idade de zero a cinco anos foram: crianças que conviviam com mães fumantes, pais fumantes, presença de mofo em casa, história familiar de asma ou rinite⁽⁶²⁾.

Apesar dos evidentes efeitos adversos do fumo para a saúde, milhões de pessoas continuam fumando. A situação se reveste de maior gravidade, quando se observa que muitos dos fumantes e a maioria dos novos fumantes são mulheres e adolescentes.

2.2 FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O ABANDONO DO TABAGISMO

Muito se tem falado sobre as dificuldades relacionadas ao abandono do tabagismo. Sabe-se que muitas pessoas tentam abandonar o fumo e não conseguem, outras conseguem por um período pequeno e voltam a fumar. Mesmo tendo tomado a decisão de parar, voltaram a fumar muitas vezes pelo efeito poderoso da dependência à nicotina. Neste capítulo, serão abordados alguns tópicos que podem favorecer o sucesso no abandono do tabagismo.

2.2.1 Conhecer as principais dificuldades de parar de fumar

Para obter sucesso, é necessário que o fumante seja alertado sobre fatores que interferem no processo, dentre os quais destacam-se a questão da dependência à nicotina, a síndrome de abstinência, personalidade e doenças psiquiátricas e o ganho de peso.

A dependência à nicotina

O grau de dependência à nicotina influencia na maior ou menor dificuldade de abandonar o vício. A dependência à nicotina conta com três componentes básicos: *dependência física*, responsável por sintomas da síndrome de abstinência; *dependência psicológica*, responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio ou mecanismo para lidar com sentimentos de solidão, frustração, pressões sociais; e *condicionamento*, representado por hábitos associados ao fumar, presente na vida diária, muitas vezes durante anos⁽²⁾.

Dependência é um comportamento de má adaptação a determinada substância, que leva a problemas clínicos importantes. A dependência à nicotina se manifesta principalmente por níveis crescentes de tolerância aos seus efeitos e sintomas de abstinência com a falta ou a diminuição da droga⁽¹⁵⁾, se apresentando, segundo os mesmos autores, da seguinte forma:

- Níveis crescentes de tolerância significam necessidade de quantidades cada vez maiores da droga para obtenção dos mesmos efeitos anteriores. A maioria dos fumantes começa com alguns cigarros por dia e faz uma escalada até chegar a 20 cigarros por dia.

- Os sintomas de abstinência característicos da falta de nicotina são menor concentração e atenção, ansiedade, vontade de fumar. Após o primeiro cigarro do dia, o fumante consome cerca de um cigarro por hora para manter o nível plasmático de nicotina. A droga é usada em quantidades maiores ou por um tempo maior do que o desejado: a maioria dos fumantes (80%) deseja parar de fumar, mas tem dificuldades em parar.

- O uso da droga se mantém independentemente do conhecimento do dano físico ou psicológico que causa: a maioria dos fumantes já teve ou tem algum problema físico relacionado ao cigarro, e, apesar disso, continua fumando.

As manifestações de dependência à nicotina são semelhantes às das demais drogas; o cigarro é consumido ao longo do dia para aliviar os sintomas de abstinência. A grande diferença em relação a outras drogas é que o uso da nicotina não produz manifestações psíquicas. O padrão de consumo dos fumantes, no entanto, é típico de uma droga que produz dependência⁽¹⁵⁾.

A pessoa que fuma fica dependente da nicotina, uma droga bastante poderosa que atua no sistema nervoso central tal como a cocaína, com uma diferença: ela chega ao cérebro em apenas 7 segundos e sua meia-vida é de duas horas. Portanto, é de se esperar que, os primeiros dias sem cigarros sejam os mais difíceis para os fumantes em abstinência, porém as dificuldades serão menores a cada dia^(15;53).

O fumante apresenta sintomas de abstinência ao acordar pela manhã e começa a fumar na primeira hora do dia. Cerca de 80% dos fumantes fumam nesse período. Durante o dia, acabam fumando um cigarro a cada hora. É por isso que 90% dos fumantes consomem pelo menos 14 cigarros por dia⁽⁵⁾.

Síndrome de abstinência à nicotina

Muitos fumantes tentam parar de fumar sozinhos, porém a maioria não consegue por apresentar sintomas de abstinência, sem reconhecê-la como tal. Na realidade, não são todos os fumantes que apresentam esses sintomas; em torno de 70% apresentam algum desconforto relacionado com abstinência após a interrupção do cigarro. Os sintomas normalmente aparecem horas após a suspensão do fumar e podem durar de um a dois meses. O pico dos sintomas ocorre nas duas primeiras semanas. O paciente apresenta ansiedade, inquietude, irritação, agressividade, depressão, dificuldade de concentração e aumento do apetite. Podem-se observar alterações do eletroencefalograma, diminuição dos batimentos cardíacos e pressão arterial, vasodilatação periférica, alterações do sono, aumento do peso e diminuição da performance em provas de vigilância e memória. O sintoma mais típico é a "fissura", isso é, uma vontade de fumar intensa e inexplicável^(15;53).

Deve-se estimular o fumante a ter sempre algo à mão, para substituir o gestual do cigarro, e resistir à vontade de fumar, procurando realizar associações positivas com o ato de não fumar. Além disso, deve-se estimulá-lo a adotar hábitos saudáveis, tais como atividades físicas e alimentação equilibrada⁽⁹⁾.

Também os medicamentos são recomendados para reduzir os sintomas da síndrome de abstinência, facilitando a abordagem cognitivo-comportamental. O fumante em abstinência deve sempre ficar atento a situações que podem fazê-lo voltar a fumar. Principalmente, ele deve ser orientado no sentido de que não pode, em hipótese alguma, acender um cigarro ou dar uma tragada, pois poderá voltar a fumar, até mais do que antes⁽⁹⁾.

Quanto mais elevado o consumo, maior a gravidade da síndrome, podendo os sintomas persistir por meses. Muitos pacientes referem grande sofrimento individual e familiar e pouca tolerância à síndrome, devido à gravidade dos sintomas apresentados, o que dificulta sobremaneira se manter sem o tabaco⁽⁷⁾.

A síndrome de abstinência é a barreira a ser vencida para que o fumante consiga alcançar seu objetivo de parar de fumar e permanecer abstinente. Dessa forma, os profissionais de saúde devem orientar o fumante sobre os sintomas que poderá apresentar e apoiá-lo durante esse processo.

Personalidade e doenças psiquiátricas

O conhecimento dos fatores psicológicos e psiquiátricos associados ao tabagismo é importante para intervir no cuidado a estes indivíduos, devendo ele ser incorporado ao tratamento de pessoas dependentes da nicotina. Os profissionais devem valorizar as características individuais de personalidade como um dos fatores determinantes da iniciação e da manutenção da dependência, adequando as condutas terapêuticas específicas para cada caso. Todos os fumantes devem ser avaliados quanto ao seu perfil de personalidade e quanto à presença ou não de alguns distúrbios psiquiátricos antes de iniciar o processo de abandono. Aqueles com perfil psicológico depressivo ou com alguns sintomas mais graves, denotando doença psiquiátrica, devem ser encaminhados para tratamento especializado antes de tentar abandonar o fumo⁽⁷⁾.

Ganho de peso

A possibilidade de engordar com o abandono do cigarro pode representar uma barreira para o cessar de fumar. Alguns estudos têm demonstrado que uma das razões pelas quais meninas começam a fumar é o medo de engordar aliado à crença de que fumar emagrece. De modo geral, em cada 10 fumantes pode ganhar de 11 a 13,5 kg ao parar de fumar, ficando a média de ganho de peso em torno de 2 a 4 kg. Vale ressaltar que cerca da metade irá ganhar menos do que isso, alguns poderão não engordar e outros poderão até emagrecer⁽²⁾. Para os pacientes com maiores riscos de ganho de peso, aparentemente o chiclete de nicotina é a melhor opção⁽⁶³⁾.

É normal um ganho de peso de até 2 kg, pois o paladar vai melhorando, o metabolismo se normaliza e a fome pode aumentar. É aconselhável uma dieta equilibrada com alimentos de baixa caloria, frutas, verduras, legumes, dando preferência a produtos *diet / light* e naturais, ingestão de muito líquido, de preferência água e sucos naturais, evitando café e bebidas alcoólicas, que podem ser um convite ao cigarro⁽⁵⁾.

Existem três hipóteses^(7;63) para explicar a relação tabagismo e ganho de peso:

Aumento da taxa metabólica – A nicotina ativa os centros hipotalâmicos e acelera a atividade simpática, o que aumenta o gasto energético, reduzindo o peso corporal. Isso significa que o fumante consegue queimar mais calorias, pois eles apresentam taxa metabólica maior.

Ação anorética – A administração de nicotina reduz o consumo alimentar, por diminuir o apetite, e, conseqüentemente, diminui o ganho de peso.

Mudanças na ingestão energética – A nicotina e a exposição à fumaça do cigarro levam a perda de peso com diminuição, manutenção ou aumento do consumo de alimentos calóricos.

Geralmente ocorre um aumento no consumo dos mesmos, talvez para compensar uma necessidade psicológica da falta do cigarro.

Ganhar peso em excesso vem acompanhado de alterações dos padrões de comportamento e personalidade, podendo ocorrer depressão, autopunição, irritabilidade e agressão. Fumantes nessas situações têm dificuldade de permanecer sem fumar⁽⁶³⁾.

Para os indivíduos que têm tendência a ganhar peso, é imprescindível o controle dietético rigoroso combinado com aumento da atividade física, antes mesmo, de iniciarem o processo de abandono do tabagismo.

Ao paciente deve-se enfatizar que o benefício, em termos de saúde, por parar de fumar é muitas vezes maior do que os riscos de ganhar transitoriamente alguns quilos a mais. Uma dieta balanceada, acompanhada de atividades físicas moderadas, ajuda a controlar o ganho de peso.

2.2.2 A determinação de parar de fumar

Entende-se que o ponto de partida para parar de fumar é a determinação da pessoa, a crença na sua capacidade e força de vontade para resistir à vontade de fumar. O abandono acontece como resultado de um processo, às vezes longo e difícil, com sucessos e recaídas, para a qual os indivíduos devem estar preparados. A determinação e motivação são imprescindíveis para vencer essas barreiras, e desfrutar de um novo estilo de vida longe do cigarro.

Os indivíduos passam da falta de consciência para fazer algo em relação ao problema para a consideração da possibilidade de mudança e, a partir desse momento, para a determinação e a preparação para essa mudança ao longo do tempo. Algumas pessoas consideram um ponto de mudança importante o momento em que elas aceitam seu problema pela primeira vez. A pessoa não somente pode, mas deve fazer a mudança porque ninguém pode fazê-lo em seu lugar⁽⁶⁴⁾.

A entrevista motivacional tem por objetivo levar a pessoa a dar a partida no processo de mudança, que pode ocorrer rapidamente com alguma assistência adicional, ou pode requerer um período longo de apoio e orientação terapêutica. Há esperança na gama de abordagens alternativas disponíveis⁽⁶⁴⁾. Mas o querer dos pacientes se faz necessário, bem como iniciativa própria, embora fatores ambientais possam contribuir para tal.

O sistema motivacional de um indivíduo não pode ser compreendido fora do contexto social de sua família, amigos e comunidade. As estratégias da entrevista motivacional objetivam fazer uma reflexão sobre o comportamento atual e o desejado dessas pessoas⁽⁶⁴⁾.

O fato de o fumo ser a maior causa de mortalidade prevenível fortalece o papel da equipe de saúde e da sociedade na promoção e realização de atividades que estimulem o cessar de fumar.

Apesar das freqüentes campanhas de incentivo ao abandono do cigarro, percebe-se que pouco se sabe sobre os reais motivos que levam uma pessoa a abandonar essa dependência.

A motivação individual para deixar o cigarro é um dos fatores mais importantes na cessação do tabagismo. Alguns fumantes são mais fáceis de serem motivados que outros⁽⁶³⁾. Nesse processo, é imprescindível reforçar a motivação, bem como trabalhar em conjunto com os familiares e amigos no sentido de encorajar os fumantes em sua decisão de parar de fumar⁽⁷⁾. Assim, conseguir com que o indivíduo comece a pensar em parar é um grande passo para que ele efetivamente deixe de fumar; também é importante que ele se sinta motivado e perceba que as pessoas da sua convivência desejam o seu sucesso^(7;9;18). Por isso, ele precisa contar com o apoio e o incentivo dos familiares, amigos e colegas de trabalho.

A motivação para a mudança é criada quando as pessoas percebem uma discrepância entre seu comportamento atual e metas pessoais importantes, tais como a própria saúde, o sucesso, a felicidade da família ou uma auto-imagem positiva⁽⁶⁴⁾. Essa discrepância pode ser favorável à mudança de hábitos.

Muitos indivíduos referem grande sofrimento individual e familiar e pouca tolerância à síndrome de abstinência, o que dificulta a decisão de se manterem sem o tabaco⁽⁷⁾. Por isso, o acompanhamento por equipes especializadas pode amenizar o sofrimento, favorecendo, assim, o sucesso do abandono do tabagismo.

Estudo mostra que o desejo de parar de fumar foi de 5,3% na faixa de 12 a 17 anos e chegou a 20,8% na faixa acima de 35 anos. Isso pode estar refletindo o aumento dos prejuízos que o uso de cigarros provoca ao longo do tempo e que eles são percebidos tardiamente pelos entrevistados⁽⁶⁵⁾.

Deve-se lembrar que os indivíduos considerados fumantes leves ou moderados têm pouca motivação para abandonar o tabaco, pois acham que podem parar quando bem o quiserem. Os fumantes pesados, por sua vez, apresentam-se com pouca motivação devido à falta de confiança de conseguirem o intento, acham-se incapazes e têm medo do sofrimento que a síndrome de abstinência produz, pois já tentaram e fracassaram outras vezes. A falta de motivação é uma das razões por que muitos fumantes tentam parar de fumar e somente pequeno percentual consegue^(7;16). O sucesso terapêutico depende da superação do desequilíbrio entre a motivação do fumante em parar e o grau de sua dependência à nicotina.

Na abordagem ao fumante, destaca-se o reforço especial na motivação, sem a qual eles não conseguirão deixar de fumar. Sabe-se que esses fumantes se acham incapazes de deixar o fumo, não confiam na sua capacidade de abandonar a dependência. Muitos deles falam que estão querendo parar de fumar; na verdade, porém, esse desejo expresso verbalmente não traduz com fidelidade os seus verdadeiros sentimentos em relação ao tabagismo, pois não estão devidamente motivados para

tal ato⁽⁶⁶⁾. Mudar comportamentos-problema requer ações sustentadas ao longo do tempo, o que parece ser melhor alcançado com um compromisso realista e sólido de mudar⁽⁶⁴⁾. Um novo estilo de vida mais saudável, com menos estresse e atitude comportamental menos conflitante pode ser obtido com o abandono do tabagismo.

A gestação é uma ocasião especial para promover a cessação do tabagismo. A preocupação com a saúde do feto gera uma motivação extraordinária na gestante. Os resultados e a relação custo-efetividade das intervenções são melhores neste grupo do que na população em geral. Os ganhos extrapolam os benefícios à saúde da mulher, pois permitem também o desenvolvimento de um feto mais saudável⁽⁶⁷⁾. A consciência da gravidez, por si só, já exerce uma motivação adicional na gestante para considerar a cessação. Além disso, as visitas pré-natais proporcionam várias oportunidades de reforço das intervenções para interrupção do fumo, o que eleva a possibilidade de êxito⁽⁶⁸⁾. Estudo evidencia que o hábito tabágico de parceiros de mulheres grávidas influencia no parar de fumar durante a gravidez e na manutenção após o nascimento. As barreiras para os homens abandonarem o fumo durante a gravidez de suas esposas incluem baixo conhecimento sobre os riscos do fumo passivo para o feto, pois eles acreditam que ele está protegido pelo corpo da mãe, e falta de motivação para parar no início da gravidez, já que o feto não é “real”⁽⁶⁹⁾.

O mais importante é escolher uma data para ser o primeiro dia sem cigarro. Este dia não precisa ser um dia de sofrimento. É possível fazer dele uma ocasião especial programando algo bom de fazer para se distrair e relaxar⁽⁵⁾.

Os fumantes que convivem em ambientes com outros fumantes tendem a dar continuidade ao vício e apresentam pouca ou nenhuma motivação para a cessação. A motivação precisa existir para que a cessação ocorra com êxito. Para facilitar o processo, o parar de fumar deve ser planejado, de forma que o fumante se sinta motivado, estimulado e apoiado a todo instante pelas pessoas próximas e pelos profissionais de saúde, mesmo nas recaídas.

2.2.3 Apoio profissional

O fato das intervenções para interromper o uso do tabaco ainda não estarem integradas e disponíveis nas rotinas de saúde no mundo, e o descrédito de alguns profissionais quanto aos tratamentos para a dependência da nicotina constituem alguns empecilhos para a cessação do fumar^(4;7;70). Acredita-se que essa realidade precisa mudar para que mais fumantes sejam auxiliados no processo de abandono do tabagismo.

Apesar da importância do deixar de fumar para a saúde, existe uma grande relutância dos médicos em aconselhar seus pacientes⁽¹⁵⁾. É recomendado aproveitar alguns momentos especiais para

estimular o abandono do tabagismo, como a gestação e o período de hospitalização, bem como usar abordagens distintas para diferentes faixas etárias^(4;18;70-72). As estratégias de abordagem devem valorizar os aspectos próprios da idade, focar o estilo e a qualidade de vida como algo mais concreto e palpável e reforçar atitudes e habilidades destinadas a enfrentar as situações que levam ao tabagismo⁽¹⁸⁾.

O período da hospitalização é um bom momento para a identificação e início de tratamento do tabagismo. A abstinência tabágica intra-hospitalar é subvalorizada e não é tratada pela maioria dos médicos. O suporte após a alta é fundamental, pois do contrário os pacientes vão retomar o hábito. Para que o sucesso ocorra, o tratamento deve ser individualizado e de duração prolongada, com ou sem a associação de medicamentos⁽⁷¹⁾.

O papel do clínico em relação ao tabagismo é extremamente importante. A Associação Médica Americana treinou cerca de 100 mil médicos para identificar e aconselhar os pacientes com problemas relacionados ao álcool e ao fumo. No Reino Unido, onde os clínicos gerais têm um contrato formal com o governo sobre as suas funções, todos os pacientes que comparecem à consulta são questionados e orientados sobre álcool e fumo. Essas ações foram consequência de inúmeras pesquisas que mostraram a eficácia de intervenções breves com fumantes. O fumo não é um problema só da esfera do especialista, mas um problema de saúde pública a que todos os clínicos deveriam estar atentos, devendo possuir formação e informação para orientar seus pacientes de forma simples e objetiva no seu dia-a-dia. Todo médico deve perguntar a seus pacientes se eles fumam, mostrando interesse nessa questão. Se fumam, a informação deve ser valorizada como se fosse um sinal vital do paciente e ser registrada com destaque no prontuário⁽⁷³⁾.

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer recomenda que os profissionais de saúde utilizem a abordagem cognitivo-comportamental para informar o fumante sobre os riscos de fumar e os benefícios de parar, para motivá-lo e apoiá-lo a deixar de fumar, fornecendo-lhe orientações para que possa lidar com a síndrome de abstinência, com a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao hábito de fumar^(2;15). Idealmente, ações visando à prevenção primária e à parada do tabagismo devem fazer parte da prática médica. É importante que em cada consulta médica haja uma ação sistemática visando à identificação do fumante, seu aconselhamento e fornecimento de apoio àqueles que querem parar de fumar. Comprovadamente, um breve e objetivo aconselhamento traz resultados favoráveis^(74;75). Deve-se evitar que os fumantes ou seus familiares saiam de uma consulta ou internação hospitalar sem a informação de que fumar acarreta danos à saúde.

É importante destacar, também, a participação de profissionais de saúde das diferentes áreas e da população em geral na implementação de programas para apoio à cessação do tabagismo. Isso implica a necessidade de esses profissionais estarem capacitados e preparados para entender esse

hábito como uma doença crônica, que pode envolver fases de remissão e recidiva, devendo os pacientes ser abordados sem censura, para identificar fatores que os levaram a recair, para que estejam mais bem preparados para a próxima tentativa⁽²⁾.

Desta forma, capacitar profissionais de saúde para que possam apoiar de forma efetiva os fumantes no processo de cessação de fumar é uma necessidade, uma vez que eles não se sentem suficientemente preparados^(5;76;77). Equipes treinadas têm melhores oportunidades de abordar o fumante. Para isso, o estudo do processo de cessação deveria ser parte central do currículo dos profissionais de saúde⁽³¹⁾, para que eles estejam melhor preparados para apoiar o fumante.

A enfermeira hospitalar também deve contribuir para a aquisição ou modificação do comportamento de pacientes fumantes; uma das técnicas preconizadas é agir de forma que as conseqüências imediatas daquele comportamento sejam refletidas e possam reforçar a ação dos pacientes⁽⁷⁸⁾.

Um estudo qualitativo buscou observar como enfermeiras fumantes descreviam sua experiência com a promoção e prevenção de saúde com pacientes fumantes. Doze enfermeiras participaram de entrevistas face-a-face e/ou entrevistas em salas fechadas de bate-papo na Internet. Os resultados revelaram os temas: estar inserido no mundo dos fumantes, ter uma visão da convivência com o tabaco e se reconhecer como viciado em cigarro. As enfermeiras reconheceram que faziam intervenções limitadas em relação à cessação do tabagismo com seus pacientes. É preciso, pois, criar estratégias para assistir e apoiar não apenas os pacientes, mas também os profissionais fumantes, uma vez que o hábito tabágico dos profissionais afeta sua prática em relação à prevenção do tabagismo⁽⁷⁹⁾. Outros estudos com grupos focais também evidenciaram que a orientação para o abandono do tabagismo por enfermeiras fumantes é pouco efetiva^(80;81). Entende-se que, para alcançar melhores resultados, é importante a realização dessa atividade por profissionais não-fumantes.

Outro estudo qualitativo sobre fumo e local de trabalho evidenciou que enfermeiras que fumam gastam mais tempo no intervalo e menos no cuidado ao paciente, o que reforça o impacto do tabagismo no local de trabalho e a necessidade de esforços para apoiar a cessação do tabagismo⁽⁸²⁾.

Pesquisa que revisou sistematicamente 20 estudos concluiu que a intervenção das enfermeiras durante e após a alta hospitalar aumenta a cessação do tabagismo⁽⁸³⁾. Outro estudo⁽⁸⁴⁾, que avaliou 274 pacientes internados por coronariopatia, evidenciou que a intervenção de enfermeiras, baseada em consultas e contatos telefônicos durante cinco meses, aumentou a taxa de cessação do tabagismo, em um ano, de 37% para 50%, e foi necessário tratar cinco pacientes para obter-se um sucesso adicional.

Inquérito sobre a prevalência de fumantes entre os médicos do Brasil, segundo suas especialidades, demonstrou que os maiores índices de não-fumantes estão entre os associados de

sociedades de especialidades que possuem programas efetivos de controle do tabagismo, como pneumologia, cancerologia, cardiologia e otorrinolaringologia, o que evidencia a importância de os médicos receberem informações sobre tabagismo, bem como da realização de programas de controle nas sociedades de especialidades e na Associação Médica Brasileira⁽⁸⁵⁾.

Os resultados de um estudo qualitativo que buscou investigar 27 médicos ingleses para saber como eles acreditam que deveriam aconselhar os pacientes a parar de fumar e as razões que sustentam suas crenças mostraram um repertório limitado de técnicas para lidar com os fumantes que não estavam motivados a parar, e o uso de aconselhamento confrontador com pacientes que continuavam a fumar mesmo sofrendo de doenças relacionadas ao fumo. Os médicos consideram que é mais fácil e recompensador discutir essa questão com os pacientes motivados e que é necessária uma maior gama de habilidades para lidar com os que não estão motivados⁽⁸⁶⁾, o que evidencia a necessidade de melhor preparo destes profissionais para auxiliar no abandono do tabagismo. Outro estudo mostrou que os programas de cessação do tabagismo necessitam também ser direcionados para pacientes que não estão motivados a parar. Nesse processo, o conhecimento dos benefícios da cessação pode auxiliar⁽⁸⁷⁾.

Os médicos devem encorajar e apoiar a cessação de todos os fumantes, especialmente os pais de crianças e adolescentes, pelo duplo impacto que representa esta atitude, isto é, no tratamento dos pais e na prevenção do tabagismo ativo e passivo das crianças. O método de abordagem mínima deve fazer parte da abordagem do jovem fumante, em todas as consultas⁽¹⁸⁾. Estudo com grupos focais que avaliou a viabilidade e o impacto de um programa de cessação do tabagismo com adolescentes refere a importância do tratamento concomitante dos pais⁽⁸⁸⁾. Outro estudo refere que adolescentes não toleram palestras demoradas, acham que as atividades dos programas de cessação precisam ser atrativas, exigem sigilo, e se mobilizam por orientações de fumantes em abstinência⁽⁸⁹⁾.

Em estudo que buscou investigar a relação tabagismo e saúde bucal, foram destacados vários aspectos importantes, como a necessidade de alertar os profissionais da saúde para os malefícios do uso do tabaco sobre os tecidos e estruturas da cavidade oral, descrevendo as principais doenças relacionadas ao tabagismo. Com isso, as lesões potencialmente letais, como o câncer bucal, seriam diagnosticadas mais precocemente, aumentando a chance de cura. Destacou também a oportunidade de motivar o cirurgião-dentista a orientar seus pacientes quanto aos riscos do tabagismo sobre a saúde. O cirurgião-dentista é um dos profissionais da saúde que pouco tem atuado nas campanhas e programas antitabágicos^(90;91). Outro estudo evidenciou que a baixa participação de dentistas na cessação do tabagismo está relacionada à forma fatalista e negativa com que é vista a prevenção, à pouca relevância da cessação do tabagismo na odontologia, à hostilidade do paciente e a fatores organizacionais do local de trabalho⁽⁹²⁾.

O modo como o terapeuta interage com os pacientes parece ser tão importante, ou até mais importante do que a abordagem ou escola de pensamento com que o terapeuta opera. O profissional precisa oferecer três condições essenciais para preparar o caminho para a mudança natural: empatia, acolhimento não possessivo e autenticidade⁽⁶⁴⁾.

Acredita-se que seja realista calcular a existência de pelo menos um milhão a um milhão e meio de idosos fumantes no Brasil. Na medida em que aumentar a procura destes por apoio para deixar de fumar, deverá existir número suficiente de profissionais dedicados e com conhecimentos, habilidades e atitudes para atendê-los. Quando o aconselhamento é personalizado e realizado de forma clara, séria e com o devido apoio, o idoso poderá adquirir a motivação necessária para parar de fumar, a qual poderá reforçar sua conscientização da importância de seu papel na família como reservatório de sabedoria e refúgio afetivo para crianças e jovens, assumindo, assim, a função de modelo de conduta para o futuro adulto⁽⁷¹⁾.

No Brasil existe uma demanda reprimida de vagas para tratamento da dependência à nicotina⁽⁹³⁾. Visando atenuar este panorama, em agosto de 2002 foi assinada a portaria do Ministério da Saúde que inclui o tratamento dos fumantes nos serviços do sistema público de saúde⁽⁹⁴⁾. É essencial que os avanços alcançados na área de cessação de fumar tornem-se disponíveis aos fumantes para que um número cada vez maior consiga deixar de fumar, o que só poderá ser alcançado com profissionais de saúde comprometidos com essa ação⁽²⁾. Cada vez mais a população tem recorrido às instituições de saúde em busca de auxílio para parar de fumar, o que nem sempre consegue, devido à precariedade do sistema de saúde no Brasil.

A capacitação e o treinamento de profissionais para o controle do tabagismo e a implementação de programas públicos e privados para apoio à cessação são necessários e extremamente eficazes na redução do tabagismo.

2.2.4 Abordagem cognitivo-comportamental

A abordagem cognitivo-comportamental, que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, é um dos métodos eficazes para a cessação do tabagismo, sendo muito utilizada para o tratamento de dependentes. Ela está centrada no estímulo ao autocontrole, para que o indivíduo possa escapar do ciclo vicioso da dependência e tornar-se um agente de mudança do seu próprio comportamento. Nessa abordagem, os profissionais devem preparar o fumante para resolver seus problemas, estimular habilidades para resistir à tentação de fumar, prevenir a recaída e também ensinar como lidar com o estresse. Quanto maior o tempo de abordagem, maior a taxa de

abstinência⁽²⁾. É também importante trabalhar o ambiente social do fumante, a fim de que familiares, amigos e colegas de trabalho possam ajudar no processo de abandono do fumo^(9;10).

Estudos evidenciaram que nos setores com intervenção para o abandono do hábito de fumar, 8,43% abandonaram, no entanto, nos setores sem intervenção, o percentual foi de 0,097%, o que reforça a eficácia das técnicas de intervenções⁽⁹⁵⁾.

Para melhor auxiliar e compreender o fumante no processo de abandono do tabagismo, é importante inicialmente identificar o grau de motivação em que o indivíduo se encontra.

Fases do abandono do tabagismo

Mudança de comportamento é um processo complexo e por isso o método proposto por Prochaska e DiClemente, baseado em aspectos cognitivos e comportamentais, está indicado em todos os casos de tentativa de cessação do tabagismo⁽⁹⁶⁾.

Por muito tempo entendeu-se motivação como um traço imutável, ou seja, ou alguém está motivado para mudar seu comportamento e aí o clínico pode ajudar, ou não está motivado, e nada pode ser feito. Atualmente, entende-se motivação como um processo psicológico que pode ser acelerado ou não pela intervenção do clínico⁽⁶⁴⁾.

Os estágios de mudança de comportamento em relação ao uso de uma droga^(1;11) estão apresentados a seguir.

Estágio da pré-contemplação: nessa fase, o usuário de uma droga não planeja mudar seu comportamento num futuro próximo, talvez por acreditar que os benefícios do uso compensam um possível e eventual custo, ou porque os aspectos negativos do uso da droga são subestimados por falta de informação, de “insight” ou negação.

Estágio da contemplação: período em que a relação custo-benefício do uso da substância passa a ser avaliada de uma forma um pouco mais realista pelo usuário e há possibilidade de que ele considere algumas mudanças de comportamento. Esse estágio pode demorar minutos ou mesmo anos.

Estágio de preparação: período em que o paciente está pensando em marcar uma data para parar de usar a droga, porém ainda não tem uma data definida.

Estágio da ação: mudanças concretas as mais variadas podem ocorrer, como o paciente tentar diminuir o consumo por si mesmo, conversar com alguém importante sobre seu problema ou procurar um médico para ajudá-lo.

Estágio da manutenção: fase em que os indivíduos estão há mais de 6 meses sem usar a droga convictos em sua abstinência; nessa etapa, mudanças significativas devem ser feitas no estilo de vida, para consolidar a nova forma de comportamento, sem a substância.

Depois de passar por esses estágios, é possível e bastante provável ocorrer uma recaída. Quando ela ocorre, o ciclo se inicia outra vez, porém não necessariamente da fase da pré-contemplação. Deixar de fumar é um processo que envolve tempo e requer auxílio de um profissional preparado para ver o tabagismo como uma doença crônica que pode envolver fases de remissão e de recidiva⁽²⁾. A recaída não deve ser vista como um fracasso, porque a maioria dos fumantes fazem, em média, três a quatro tentativas até parar definitivamente^(5;53). O ideal é que todos os fumantes que estejam parando de fumar sejam acompanhados com consultas de retorno, para garantir-lhes um apoio na fase inicial de abstinência, quando os riscos de recaída são maiores. A equipe deve estar preparada para conversar abertamente sobre a recaída e orientar o paciente sobre estratégias destinadas a ultrapassar essa barreira.

Atualmente, está sendo proposta uma última fase – a de finalização – quando o processo de mudanças comportamentais já se concretizou, com total desaparecimento do problema. O fumante em abstinência não tem mais qualquer desejo de fumar, sente-se totalmente confiante de não consumir mais tabaco, não se importando com qualquer estímulo⁽¹⁶⁾.

A abordagem cognitivo-comportamental pode ser realizada de diferentes formas: breve/mínima, básica, específica/intensiva, de fumantes que tiveram lapso ou recaída, de fumantes que não desejam parar e de não-fumantes^(2;9).

A abordagem breve/mínima pode ser realizada em consulta de rotina e tem duração de três a cinco minutos a cada contato. Ela consiste em perguntar a todo paciente se ele é fumante, em avaliar o grau de dependência física e de motivação, em aconselhar e preparar para deixar de fumar. Nessa abordagem, o médico deve ter consciência de que, muitas vezes, apenas motivar o fumante a pensar em parar de fumar já é uma grande conquista.

A abordagem básica consiste na abordagem breve/mínima com acompanhamento do paciente em consultas subseqüentes, para a prevenção de recaídas.

A abordagem específica/ intensiva implica a estruturação de um ambulatório específico para o atendimento de fumantes. Ela pode ser feita individualmente ou em grupos de apoio. São recomendadas quatro sessões semanais de 90 minutos, seguidas de duas sessões quinzenais de 60 minutos e uma sessão mensal, até completar um ano, visando prevenir a recaída⁽²⁾.

Fumantes que tiveram lapsos ou recaída devem ser abordados sem críticas e ser estimulados a tentar mais uma vez, buscando transformar o fracasso em aprendizado para as próximas tentativas.

Nas abordagens de fumantes que não desejam parar, é importante que a equipe os estimule a pensar em parar de fumar durante as consultas de rotina.

Por fim, na abordagem do não-fumante, é imprescindível avaliar se ele convive com fumantes no domicílio ou no trabalho e alertá-lo sobre os malefícios do fumo.

A eficácia da terapia cognitivo-comportamental está bem estabelecida. Entretanto, os profissionais de saúde ainda não estão totalmente preparados para ajudar, por exemplo, suas pacientes gestantes a abandonarem o tabaco. Programas específicos para gestantes são extremamente necessários, uma vez que o tabagismo durante a gravidez é a principal causa evitável de desfechos adversos da gestação⁽⁷⁰⁾.

Estudo qualitativo que buscou avaliar a viabilidade, o retorno e a aceitação de uma intervenção cognitivo-comportamental para prevenir a recaída ao tabagismo em puérperas incluiu contato com a paciente, visita domiciliar e outras duas ligações para seguimento. Participaram 121 mulheres que deixaram de fumar durante a gestação e tiveram parto normal. As enfermeiras discutiram com elas assuntos relacionados ao tabagismo por aproximadamente 12 minutos. Apenas 4% relataram sentimentos negativos ao discutir assuntos relacionados ao tabaco. A conclusão é que intervenções desse tipo são viáveis e têm boa aceitação⁽⁹⁷⁾.

A abordagem cognitivo-comportamental consiste em argüir, avaliar, aconselhar, assistir e acompanhar^(2:9).

Argüir consiste em sempre perguntar ao paciente se ele fuma e tentar alocá-lo em uma das fases citadas. Quando ele está na fase de pré-contemplação, o papel da equipe de saúde é fornecer-lhe informações sobre as vantagens de parar de fumar.

Após realizar as perguntas, o profissional de saúde deve avaliá-las com o objetivo de identificar o grau de dependência à nicotina e de motivação no momento da consulta. É importante conhecer as tentativas anteriores de parar de fumar e as causas dos insucessos, para que desta vez ele possa vencê-las.

Aconselhar quer dizer explicar os malefícios, deixando claro os benefícios de parar de fumar, como, por exemplo, informar que pessoas que param de fumar aos 50 anos diminuem pela metade a chance de morrer nos próximos 15 anos, comparadas aos que não param de fumar; que apenas um ano após a parada, o risco de problemas cardíacos diminui pela metade; que grávidas que param de fumar no primeiro trimestre evitam que o feto tenha baixo peso. Nessa fase, também é importante discutir com o paciente sobre as dificuldades de parar e mitos.

Assistir significa ajudar a decidir o dia da parada e discutir sobre os sintomas de abstinência e, se necessário, esclarecer a correta utilização de medicamentos. Nessa fase, é importante explicar que

a tosse e a expectoração matinal podem piorar no início do tratamento, pois, com a ausência da fumaça, retornam os movimentos ciliares da árvore brônquica, e esses movimentam a secreção.

O ideal é que todos os fumantes que estejam parando de fumar sejam acompanhados com consultas de retorno para garantir um apoio na fase inicial de abstinência, quando os riscos de recaída são maiores. A equipe de saúde deve estar preparada para conversar abertamente sobre a recaída e orientar o paciente sobre essa possibilidade, apontando estratégias alternativas.

2.2.5 A utilização de medicamentos

Quando a abordagem cognitivo-comportamental é insuficiente e, principalmente, nos casos de elevado grau de dependência, podem-se associar medicamentos, em situações bem definidas. É preciso enfatizar que eles atuam como coadjuvantes no processo de cessar de fumar, pois, ao minimizar os sintomas físicos da abstinência, facilitam as mudanças no comportamento do fumante que necessitam ser incorporadas no dia-a-dia para viver sem o cigarro. Os medicamentos eficazes são divididos em nicotínicos e não-nicotínicos. Os nicotínicos, também chamados de terapia de reposição de nicotina (TRN), se apresentam na forma de adesivos, goma de mascar, inalador e aerossol. Os não-nicotínicos são os antidepressivos e os anti-hipertensivos⁽²⁾. Estes deveriam estar amplamente disponíveis, com custo reduzido, para o alcance de todos os fumantes no mundo^(10;98). Essa, porém, infelizmente, não é a realidade do nosso país.

A TRN ajuda a reduzir a fissura por cigarros, bem como a minimizar os sintomas da abstinência, de modo que o fumante possa tolerar melhor o abandono do hábito de fumar. Pesquisas mostram que fumantes que utilizam alguma forma de reposição de nicotina, juntamente com terapia comportamental, dobram a chance de abandonar o tabaco. É recomendável que os fumantes parem completamente de fumar antes de começar a usar os produtos de reposição de nicotina, como adesivo, goma de mascar, *spray* nasal, inalação e pastilhas^(9;10).

Muitos estudos demonstram redução dos sintomas de abstinência, como ansiedade, irritabilidade, depressão e dificuldade de concentração, com a reposição de nicotina. As orientações dadas pelo clínico, associadas à reposição de nicotina, diminuem os índices de recaída em longo prazo. Com a reposição, as porcentagens de abandono do fumo são o dobro das normalmente encontradas⁽⁹⁾.

A dependência à nicotina pode ser multifatorial e até mudar em um mesmo indivíduo conforme o estágio de vida em que se encontra⁽¹⁰⁾. Isso tem implicações na terapêutica, podendo ser necessário longo processo de aprendizado até que o indivíduo mude os seus conceitos e idéias a respeito do tabaco e saiba viver com equilíbrio, sem os sintomas de abstinência.

2.2.6 A utilização de artifícios

Pessoas diferentes têm diversas razões ou motivos para fumar e, dessa forma, podem ser influenciadas por variáveis individuais e fatores situacionais que interagem com essas diferenças na decisão de parar de fumar. Diferentes situações e ações podem facilitar o processo de abandono do hábito de fumar, podendo a utilização de artifícios ser uma delas.

Os fumantes que estiverem prontos para deixar de fumar devem ser estimulados para que marquem uma data para parar. É essencial dar apoio e, em algumas situações especiais, prescrever terapias farmacológicas. Avaliar os motivos que levam o indivíduo a fumar e, a partir daí, traçar um plano para que ele possa resistir à vontade de fumar é um caminho^(9;99).

Com os fumantes inseguros, os médicos podem discutir sobre as dificuldades do abandono e soluções para enfrentá-las⁽⁹⁹⁾. Buscar caminhos individuais para auxiliar os fumantes a deixar de fumar pode ser decisivo neste processo, minimizando o sofrimento.

Parar de fumar é um processo em que o profissional precisa estar preparado para ver o tabagismo como uma doença crônica que pode envolver fases de remissão e de recidiva. Os fumantes devem ser abordados sem censura, de modo a identificar os fatores que os levaram a recair, para que eles estejam mais bem preparados para a próxima tentativa⁽²⁾.

Descobrir substitutos para o gestual do cigarro e colocá-los em prática é uma das maneiras para desviar a atenção do desejo de fumar e resistir à fissura, isto é, procurar ver associações positivas com o ato de não fumar⁽⁹⁾.

Comumente, algumas situações estão ligadas à vontade de fumar, tais como término das refeições, café, bebidas alcoólicas, convívio com fumantes, estados emocionais negativos e/ou positivos, entre outros. Após identificar as situações de risco, cabe ao profissional de saúde e ao paciente determinar a forma mais adequada de enfrentá-las. Nas primeiras semanas, deve-se evitar beber café, substituindo-o por suco ou água, assim como evitar a convivência com fumantes⁽⁹⁾. É necessário transformar os momentos em que o indivíduo fumava em algo que não o leve a fumar e, ao mesmo tempo, lhe dê prazer, para que ocorra a mudança de comportamento imprescindível para o sucesso do abandono⁽⁶³⁾. O ideal seria evitar as situações de risco, o que nem sempre é possível.

É preciso ficar atento a situações que podem fazer com que o indivíduo volte a fumar. Principalmente, ele deve ser orientado no sentido de que não pode, em hipótese alguma, acender um cigarro ou dar uma tragada, pois isso, poderá fazê-lo voltar a fumar, até em quantidade superior à que fumava antes⁽⁹⁾. Vencer a vontade do primeiro cigarro do dia é essencial para conseguir ficar longe do fumo.

É importante reconhecer os mecanismos que levam à recaída⁽¹⁰⁰⁾. A abordagem cognitivo-comportamental tem como objetivo a detecção de situações de risco que levam o indivíduo a fumar e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dessas situações. O fumante precisa seguir sua rotina e aprender a resistir à vontade de fumar; é necessário que ele seja estimulado a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento ⁽⁹⁾.

Ficar longe de fumantes e dos ambientes que o fazem pensar em fumar é muito importante, principalmente nos primeiros meses, quando a vulnerabilidade do fumante pode pôr em risco o abandono do tabagismo. Essas situações diferem entre os fumantes em abstinência, e é importante traçar estratégias individualizadas para enfrentá-las.

2.2.7 A participação em grupos de apoio

Programas educacionais de cessação do tabagismo nas empresas/instituições são necessários para que as leis de restrição ao fumo sejam efetivamente cumpridas. Uma das formas para sua realização é por meio de grupos.

O trabalho com grupos terapêuticos produz melhores resultados do que os atendimentos individuais. Ao contrário dos grupos terapêuticos com adultos, em que a discussão dos problemas de saúde sempre ocorre, com os jovens fumantes a estratégia de abordagem deve valorizar os aspectos próprios da idade, focando o estilo e a qualidade de vida como algo mais concreto e palpável, e reforçando atitudes e habilidades para enfrentar as situações que os levam a fumar^(18;101).

O grupo pode ser uma experiência única e singular, vivida pelos pacientes, familiares e profissionais, no qual cada um interage com pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro. Estudo com enfoque no profissional enfermeiro mostra que o relacionamento pessoa-pessoa é um desafio e o que faz diferença é o profissional de saúde ter conhecimentos e habilidades de que o paciente e família carecem para vencer as dificuldades que terão de enfrentar. Para fortalecer a interação entre equipe e família com vistas à recuperação do indivíduo é importante contato periódico⁽¹⁰²⁾.

Estudo qualitativo com 22 homens fumantes coreano-americanos mostrou que vício, saúde e idade são os principais fatores que afetam o comportamento tabágico. As experiências dos fumantes em relação ao vício foram similares àquelas encontradas em outros grupos étnicos/raciais, como a mudança de percepção dos riscos à saúde relacionados ao hábito de fumar com a chegada dos 40 anos. Algumas estratégias utilizadas por fumantes em abstinência, como a preferência por encontros em grupo em vez de aconselhamento individual, pareceu ser específica dos coreanos⁽¹⁰³⁾.

Outro estudo qualitativo implementou um programa de intervenção de enfermagem para dar apoio a fumantes em tratamento oncológico. O programa consistiu em analisar as notas de um diário para entender a experiência de 13 pacientes e 2 enfermeiras. Os resultados foram apresentados em três grandes categorias: a relação enfermeiro-paciente, fatores facilitadores ou dificultadores da mudança de comportamento e abuso de drogas. No processo de parar de fumar, o aspecto mais importante foi a relação terapêutica enfermeiro-paciente. A aplicação da radioterapia por enfermeiros tornou possível determinar se o paciente estava motivado a parar de fumar, equilibrar o processo de cessação com outros cuidados e ver a cessação do tabagismo como parte intrínseca do tratamento⁽¹⁰⁴⁾.

2.2.8 Educação em saúde

A educação em saúde pode ser um fator determinante de longevidade e de qualidade de vida. Existe consenso de que o controle do tabagismo nos países em desenvolvimento deve ser fundamentalmente preventivo. No entanto, só a informação não é suficiente. Os profissionais de saúde e da educação podem e devem atuar em conjunto na valorização da vida como agentes modificadores positivos. A abordagem deve ser centrada na verdade, no respeito, na confiança e no sigilo⁽⁴⁹⁾.

Sabe-se que o hábito de fumar varia de acordo com gênero, idade, aspectos socioculturais e sociogeográficos. Portanto, é necessário conhecer o comportamento detalhado das populações diante do hábito de fumar, a fim de planejar ações preventivas mais efetivas. Dada a heterogeneidade da população brasileira, é importante que se conheçam os processos envolvidos no comportamento relacionado ao hábito de fumar. Em nível de saúde pública, a informação e a educação sobre o controle do tabagismo são essenciais, pois o fumante precisa ser educado quanto às conseqüências adversas do uso do fumo.

As pessoas que lutam contra os problemas de dependência geralmente chegam ao aconselhamento com motivações flutuantes e conflitantes. A entrevista motivacional está centrada na administração da ambivalência, que é um estado mental em que coexistem sentimentos conflitantes a respeito de fumar ou não fumar. Em muitas situações, trabalhar com a ambivalência é lidar com a essência do problema⁽⁶⁴⁾.

A finalidade da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação; e de avaliá-la com espírito crítico⁽¹⁰⁵⁾.

É preciso que seja realizado um trabalho baseado fundamentalmente na educação de todos os segmentos sociais, utilizando-se como canais as instituições públicas e privadas da saúde e da educação, as empresas e os meios de comunicação de massa. Conversar com os pacientes e

familiares sobre a importância de deixar de fumar é um procedimento necessário para os profissionais que se propõem a promover a saúde de seus pacientes.

Estudo que investigou mulheres dependentes mostrou que, mesmo diante do conhecimento dos prejuízos ou da preocupação com os filhos, elas não conseguiram parar de fumar. Revela, ainda, alguns depoimentos de angústia pelo mau exemplo dado aos filhos e de preocupação com a possibilidade de o tabagismo ser a porta de entrada para outras drogas. No entanto, o conceito de fumante passivo e os agravos à saúde a que ele está sujeito apareceram apenas superficialmente e nem todas as mães fizeram menção a essa preocupação. Projetos educativos e permanentes nas escolas são importantes para a promoção da saúde e o controle do tabagismo, não apenas para formar e melhorar a qualidade de vida dos alunos como também da sociedade. O binômio legislação-educação pode ser reforçado com a parceria da Secretaria da Saúde e da Educação na implantação de projetos⁽¹⁰⁶⁾.

A enfermeira tem uma função educativa importante ao ajudar o indivíduo a adaptar-se à sua doença, a cooperar com sua terapia e a aprender a resolver problemas quando se defronta com novas situações. A educação resultante da simbiose entre enfermeiro e paciente pode impedir o agravamento ou uma nova hospitalização pelo mesmo problema de saúde, o que ocorre com frequência quando uma pessoa desconhece a importância do autocuidado.

A educação para a saúde é um componente essencial no atendimento de enfermagem voltado à promoção, à manutenção e à restauração da saúde, bem como à adaptação do paciente aos efeitos residuais das doenças, sendo um dos objetivos ensinar as pessoas a atingir seu potencial máximo de saúde.

O conhecimento pertinente é o que é capaz de situar qualquer informação em seu contexto e, se possível, no conjunto em que está inserido. Pode-se dizer até que o conhecimento progride não tanto por sofisticação, formalização e abstração, mas principalmente pela capacidade de contextualizar e englobar as necessidades dos indivíduos⁽¹⁰⁷⁾. Cabe ao enfermeiro partir das informações reveladas pelo paciente para iniciar suas orientações; caso contrário, ocorrerá um acúmulo de informações.

A entrevista motivacional não é incompatível com o fornecimento de informações e orientações; ela simplesmente estabelece uma base para que isso seja feito de uma maneira adequada à necessidade dos indivíduos. Ao focalizar a ambivalência motivacional, é especialmente importante manter-se em sintonia com os sentimentos, com os valores e com as crenças dos indivíduos. As habilidades empáticas dos profissionais são ferramentas importantes no processo de abandono do tabagismo⁽⁶⁴⁾, e a relação profissional-indivíduo pode ser determinante.

A informação ou transmissão de conhecimentos, de como ter saúde ou evitar a doença, por si só, não vai contribuir para que uma população seja mais sadia e nem é fator que possa contribuir para

mudanças destinadas à melhoria da qualidade de vida da população. As mudanças no sentido de ter, manter e reivindicar saúde ocorre quando o indivíduo, os grupos populares e a equipe de saúde participam. A ação educativa não implica somente a transformação do saber, mas também a transformação dos sujeitos do processo, tanto dos técnicos quanto da população. Ser um bom educador significa colocar-se no lugar do outro e, com ele, problematizar o viver, a saúde e a doença para que, ao mesmo tempo que aprende novos conteúdos, ele desenvolva ao máximo sua habilidade de pensar, decidir e agir⁽¹⁰⁵⁾.

A intervenção educativa possibilita modificar as condutas dos trabalhadores com relação à formação de uma cultura preventiva nos cuidados à saúde⁽¹⁰⁸⁾. É necessário saber respeitar as crenças, as dúvidas e as apreensões do indivíduo, bem como conseguir passar determinadas informações básicas, mesmo que elas sejam repetitivas. Desta maneira, o paciente percebe que existem profissionais preocupados com sua saúde e à sua disposição para ajudá-lo e orientá-lo.

Para crianças e adolescentes, a escola é o principal local externo à família de formação e incorporação de hábitos e valores que os acompanharão por toda a vida. Apenas alertar que o cigarro faz mal, sem o comprometimento de atitudes compatíveis, não diminui a prevalência de fumantes. Fazer da escola um lugar de valorização da vida, com consciência crítica e postura adequada em relação ao tabagismo e outras drogas, é um desafio para a melhoria da saúde⁽¹⁰⁹⁾.

O propósito da promoção da saúde é focalizar o potencial de boa saúde do indivíduo e encorajá-lo a alterar seus próprios hábitos, estilo de vida e ambiente, de modo a possibilitar um aumento de sua saúde e bem-estar. Envolve, também, os princípios de auto-responsabilidade, consciência nutricional, redução e controle do estresse e manutenção de boa forma física. A promoção da saúde não se limita a um grupo etário específico, mas se estende por toda a vida para pessoas de ambos os sexos e todas as camadas socioeconômicas ou culturais, tanto para os sadios como para aqueles com alguma incapacidade ou doença crônica.

Os enfermeiros têm assumido papéis vitais na promoção da saúde, estando envolvidos no desenvolvimento de programas e na liderança de equipes de serviços. A promoção de atitudes e condutas de saúde positivas tomou-se um componente integrante do atendimento de enfermagem em todos os contextos da prática.

Informação e campanhas sobre os malefícios do tabagismo

As campanhas maciças contra o tabagismo fizeram com que toda a população ficasse ciente dos males causados pelo cigarro. Dizer que "fumar prejudica gravemente a sua saúde" pode não ser a mensagem de alerta mais adequada a ser transmitida. Os fumantes sabem do risco de adoecer, e esse

prejuízo é aceito por eles como um fato consumado ⁽⁵²⁾. Portanto, pensar em novas formas de abordar os fumantes se faz necessário.

A investigação médica e epidemiológica deve fornecer um mínimo de garantias sobre os benefícios de saúde resultantes do abandono do cigarro. É preciso informar os fumantes adequadamente a partir de novas perspectivas criativas, no sentido de enfraquecer a fé dos fumantes nos benefícios do cigarro, como, por exemplo, informar que os ciclos habituais de irritabilidade e de calma são apenas o resultado efêmero da nicotina. É preciso que o fumante reconheça que não tem necessidade do cigarro para continuar são de espírito. Muitos fumantes em abstinência afirmam não ter encontrado dificuldade em deixar de fumar. Um terço sentia ainda, algumas vezes, a falta do cigarro, mas 86% pensavam que já não recomençariam a fumar. Estes resultados constituem dados positivos que devem ser transmitidos aos fumantes. O objetivo deve ser desprestigiar o hábito de fumar e desmistificar os benefícios que lhe são atribuídos⁽⁵²⁾.

As ações pontuais de combate ao tabagismo envolvem campanhas como Dia Mundial sem Tabaco, Dia Nacional de Combate ao Fumo e Dia Nacional de Combate ao Câncer, que têm como perspectiva comum a sensibilização e informação da comunidade e das lideranças em geral sobre o assunto, bem como a divulgação através da mídia da realização de eventos como congressos, seminários e outros para chamar a atenção de profissionais de saúde sobre os malefícios do cigarro⁽⁵⁾.

As ações contínuas objetivam manter um fluxo contínuo de informações sobre prevenção do tabagismo. Considera-se que culturas e hábitos são passíveis de mudança somente em longo prazo. Portanto, essas ações devem utilizar canais para alcançar a comunidade de forma contínua, através da realização de atividades sistematizadas em subprogramas dirigidos aos ambientes de trabalho, escolas e às unidades de saúde; em síntese, o tema deve ser inserido nas rotinas desses ambientes⁽⁵⁾. Desde a década de 1980, ressalta-se a importância da divulgação na mídia dos malefícios do fumo, das vantagens de ser fumante em abstinência e dos danos ambientais que ele acarreta⁽⁸⁾.

Os adultos podem fazer as suas escolhas, pelo menos se têm acesso à informação suficiente, enquanto crianças e adolescentes que convivem com os fumantes não. Na maioria dos países, mais de 80% dos fumantes iniciaram-se antes dos 18 anos e, quando perceberam que a nicotina é escravizante, já era tarde⁽⁹⁸⁾.

Considera-se que os recursos destinados a programas de combate ao tabagismo deveriam ser investidos de forma mais intensa na prevenção ao tabagismo entre os jovens. É uma tarefa de relevância social o envolvimento e incorporação de médicos, familiares, professores, juristas, legisladores, artistas, comunicadores, entre outros, nas campanhas de conscientização pelo banimento do tabaco e de orientação às pessoas vítimas do tabaco. Cada um de nós precisa dar a sua

contribuição, seja técnica ou voluntária, no sentido da construção de uma sociedade mais justa, alicerçada em princípios ético-valorativos, na qual não cabe espaço para a droga, seja lícita ou ilícita⁽¹⁸⁾.

As campanhas que estimulam os fumantes a largarem o tabaco alertam os que não são fumantes sobre os riscos da fumaça, convoca os governos a se engajarem na luta, inclusive fornecendo tratamento adequado aos que manifestam desejo de parar de fumar, e relembra o poder da indústria do tabaco em aliciar novos adeptos e corromper consciências⁽⁹⁸⁾.

Uma das características da dependência é a persistência no uso da substância apesar da evidência clara de conseqüências nocivas à saúde⁽⁹⁾. A informação sobre os malefícios do cigarro e a preocupação com a saúde aumentam as chances de um indivíduo parar de fumar e diminuem a recaída em fumantes em abstinência⁽¹¹⁰⁾. Embora os malefícios do cigarro sejam conhecidos por todos, acredita-se que as informações colaboram no sentido de mobilizar o fumante e alertar os não-fumantes sobre os riscos à saúde.

Estudos referem que fumantes que recebem conselho de seus filhos, moram com crianças ou percebem os riscos para a saúde são considerados mais propensos a largar o cigarro^(111;112). Os fumantes acreditam nos malefícios do cigarro, principalmente que estes atingem as crianças que convivem com eles⁽¹¹³⁾.

Os fumantes hospitalizados geralmente são mais suscetíveis às mensagens antitabágicas, devido à sua fragilidade, pelo medo de complicações e de morte decorrentes da doença que motivou a internação, e também pela redução da negação de sua doença ou da sua gravidade, especialmente após a definição e esclarecimento de seu problema de saúde^(71;114). Desta forma, o aconselhamento de pacientes internados torna-se um momento especial para promover o abandono do tabagismo.

Estudo que buscou identificar as necessidades de enfermeiras para apoiar a cessação do tabagismo evidenciou que há vários problemas a serem resolvidos para o alcance dos objetivos: enfermeiras e outros profissionais de saúde devem ter conhecimentos, atitudes positivas e habilidades apropriadas; o apoio à cessação do tabagismo deve fazer parte do tratamento de enfermagem; o ambiente hospitalar para a promoção da cessação do tabagismo deve ser adequado; e deve haver consenso entre os profissionais sobre a importância do apoio à cessação e atividades de controle do tabagismo⁽¹¹⁵⁾.

A confrontação é o objetivo de todo aconselhamento e é um pré-requisito para a mudança deliberada. O propósito da confrontação é fazer com que o indivíduo veja e aceite a realidade, de forma que possa mudar de acordo com ela. A confrontação é um objetivo, um propósito, uma intenção, é parte do processo de mudança. Ver a própria situação de forma clara durante o processo de hospitalização pode ser um primeiro passo para a mudança⁽⁶⁴⁾.

Estudo realizado no Canadá mostrou que propagandas agressivas tiveram influência no abandono ou diminuição do consumo de cigarro, pois os fumantes tiveram uma resposta emocional negativa em relação às figuras (44% medo, 58% repugnância) e cerca de 1/5 dos participantes referiram ter fumado menos por influência das figuras⁽¹¹⁶⁾. Outro estudo qualitativo evidenciou que propagandas agressivas tiveram maior impacto sobre a redução do consumo do tabaco⁽¹¹⁷⁾.

As propagandas financiadas pelo Estado estão associadas a maior sentimento antitabaco e redução de tabagismo entre jovens. Por isso, cortes no financiamento dessas campanhas podem ter conseqüências negativas para a saúde e trazer prejuízos para o Estado. A exposição a pelo menos uma propaganda foi associada com menores índices percebidos de fumo entre amigos, maior percepção dos danos do fumo, mais fortes intenções de não fumar no futuro e menores possibilidades de se tornar um fumante⁽¹¹⁸⁾.

No Brasil, pesquisa do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas revelou que o uso de tabaco, em todas as faixas etárias, foi de 41,1%. Nos adolescentes (12-17 anos), a taxa foi de 15,7%, significando uma queda em relação às pesquisas anteriores, o que pode estar relacionado ao impacto das campanhas contra o tabaco realizadas nos últimos anos⁽⁵⁰⁾. Esses estudos reforçam a importância das campanhas de esclarecimento.

Reduzir o número de jovens que começam a fumar é um desafio para as autoridades de saúde em todo o mundo, e de seu êxito dependerão as mudanças no sentido de impactar o nível do tabagismo na vida adulta. É uma tarefa de relevância social o envolvimento de todos nas campanhas de conscientização pelo banimento do tabaco e de orientação aos seus usuários⁽¹⁸⁾.

Entre os jovens, as campanhas educacionais que orientam a resistir às pressões sociais que levam a fumar são mais efetivas. Os programas antitabagismo desenvolvidos em escolas, que enfocam aspectos sociais, têm mostrado resultados mais convincentes⁽¹¹⁹⁾. Os conteúdos do aconselhamento devem se adequar ao público jovem, usar linguagem, material didático e dinâmicas voltadas para a adolescência. Ênfase deve ser dada à atividade física, à perda da capacidade de escolha provocada pela dependência, aos aspectos ilusórios da propaganda de cigarros e aos cuidados corporais, como a estética e o desempenho sexual⁽¹⁸⁾. Acredita-se que quanto mais capaz é alguém de dirigir sua vida, tanto melhor poderá utilizar seu tempo em realizações construtivas, enfoque que pode ser trabalhado junto aos fumantes.

As ações de promoção devem estar centradas nas gestantes. Os programas para cessação direcionados às gestantes têm resultados muito superiores àqueles destinados à população em geral, e a relação custo-benefício fica otimizada nesse grupo. Com pequenos investimentos, alcançam-se grandes resultados eliminando as exposições materna e fetal ao tabaco, e protegendo o recém-nato, a criança em desenvolvimento e as demais pessoas do fumo passivo⁽⁶⁷⁾.

A figura da mãe é fundamental na educação; seus hábitos norteiam o comportamento social dos filhos e podem influenciar a decisão de futuras gerações em relação ao início do hábito do tabagismo⁽⁶⁷⁾. Devem ser realizadas campanhas esclarecendo sobre os riscos do tabagismo para a saúde das crianças nos primeiros seis meses de vida, pois, controlando o tabagismo dos pais, garante-se um crescimento mais saudável para as crianças e prevenção das doenças respiratórias ⁽¹²⁰⁾.

Mesmo usando estratégias como aumento de preços, controle sobre a publicidade e restrição do fumo em certos ambientes, é preciso oferecer ajuda ao fumante⁽¹²¹⁾. Ensinar aos profissionais da saúde técnicas de como parar de fumar pode aumentar seu entendimento sobre como funciona a nicotina no organismo e, assim, aumentar os índices de abandono do tabagismo^(122;123).

Acredita-se que as informações sobre os malefícios do cigarro auxiliam no processo de abandono e que as propagandas antitabaco financiadas pelo Estado precisam continuar e serem incrementadas, sendo necessário o envolvimento de profissionais e da sociedade para o combate ao tabagismo.

Os benefícios da cessação do tabagismo

Existem muitas informações sobre os malefícios do fumo, como também sobre as dificuldades referentes ao abandono da prática tabágica. Mobilizar os fumantes para a decisão de parar de fumar por meio do conhecimento dos benefícios advindos deste ato pode ser uma estratégia para o abandono do tabagismo, já que existem evidências de ganho real de saúde quando se para de fumar. Estudos comprovaram que aqueles que abandonam o cigarro no início dos seus 30 anos gozam de uma expectativa de anos de vida similar à de quem nunca fumou^(98;124). Com a redução da exposição ao fumo, os benefícios à saúde são palpáveis, visíveis e podem ser mensurados através de marcadores⁽¹²⁴⁾. A redução pode ser o primeiro passo, e os benefícios com o parar de fumar ocorrem em qualquer idade.

Estudos referem que os benefícios com o cessar de fumar são os seguintes: após 20 minutos, a pressão sangüínea e a pulsação voltam ao normal; após 2 horas, não há mais nicotina no sangue; após 8 horas o nível de oxigênio no sangue se normaliza; após 2 dias o olfato e o paladar percebem melhor o cheiro e o gosto dos alimentos; após 3 semanas, a respiração e a circulação melhoram; após 5 a 10 anos, o risco de sofrer infarto é igual ao de quem nunca fumou⁽⁵⁾.

O desafio é descobrir e compreender como ajudar a fortalecer a motivação para a mudança, e isso é parte importante da avaliação individual⁽⁶⁴⁾. Pois o que é valorizado por alguns fumantes terá pouca importância para outros. Não se deve pressupor que eles verão um dado custo ou benefício da mesma maneira que os não-fumantes, pois os valores são diferentes.

Para Maslow, a satisfação da necessidade de auto-estima leva o indivíduo a sentir-se confiante (no seu valor, força, capacidade e adequação), mais útil e necessário ao mundo⁽¹²⁵⁾. A perda da auto-determinação contribui para diminuir a auto-estima, pois muitas vezes as pessoas se sentem culpadas por terem, por exemplo, ficado expostas ao cigarro, sabendo que deveriam evitá-lo⁽¹²⁶⁾. É comum encontrar fumantes pouco preocupados com sua aparência e bem-estar.

A construção da identidade pessoal inclui, necessariamente, a relação com o próprio corpo, o que se faz através da imagem corporal⁽¹²⁷⁾. O fumante freqüentemente subestima os riscos do fumo, pois acredita ser imune aos seus malefícios, nega os sintomas de doenças já existentes, está pouco motivado a abandonar o hábito ou acha não ser capaz de fazê-lo⁽⁷¹⁾.

Adotar hábitos saudáveis, tais como atividades físicas e alimentação equilibrada, é recomendado no processo de deixar de fumar⁽⁹⁾. O fumo é um fator relacionado a doenças respiratórias, seja como fator causador seja como agravante, mas é percebido pelos fumantes como fonte de prazer⁽¹²⁶⁾.

Fumantes que compreendem os riscos para a saúde provenientes do cigarro estão mais propensos a parar de fumar⁽¹¹¹⁾. Abandonar o tabagismo é uma opção de indivíduos que passam a enxergar a vida de outra maneira, na qual a saúde adquire um valor inestimável, e o cigarro aparece então com todos os seus malefícios.

Os critérios pelos quais cada um avalia sua qualidade de vida incluem uma ampla variedade de condições internas e externas ao indivíduo. As condições externas predisõem a uma vida de qualidade, sem, no entanto, ser fator determinante. Qualidade de vida é definida como uma experiência interna de satisfação e bem-estar com o seu processo de viver e difere entre os indivíduos⁽¹²⁸⁾.

Qualidade de vida é um conceito amplo e dinâmico, que se modifica ao longo do processo de viver das pessoas. A satisfação com a vida e a sensação de bem-estar podem, muitas vezes, ser sentimentos momentâneos. O processo de reconhecimento do que é realmente importante para suas vidas, acreditando num futuro melhor, é um elemento que contribui para a qualidade de vida das pessoas⁽¹²⁶⁾.

A falta de energia para manter atividades cotidianas é também destacada como tendo forte impacto negativo na qualidade de vida das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica. A fadiga e o cansaço influenciam tanto o declínio para a realização de atividades físicas quanto causam irritabilidade e frustração, podendo provocar, inclusive, afastamento das atividades sociais⁽¹²⁹⁾.

Se os fumantes forem levados a reconhecer os benefícios reais do abandono do hábito de fumar, muitos deles resolverão experimentar parar e farão novas tentativas nesse sentido. Alguns voltarão a recair, e parte destes farão novas tentativas. Mas a corrente principal far-se-á, em longo prazo, em direção à cessação, e a prevalência do tabaco poderá diminuir⁽⁵²⁾.

O idoso fumante é um verdadeiro sobrevivente que freqüentemente subestima os riscos, acredita ser imune aos malefícios do fumo, nega os sintomas já existentes, está pouco motivado a parar de fumar ou acha não ser capaz de fazê-lo. Apesar das variações individuais quanto à resposta à exposição ao tabagismo, inclusive com idosos fumantes, é verdadeiro afirmar que continuar a fumar é sempre nocivo e que parar é benéfico⁽⁷¹⁾. Estudo evidencia que programas específicos para idosos obtêm melhores resultados na cessação do tabagismo do que programas genéricos⁽¹³⁰⁾.

Ao paciente recomenda-se enfatizar que os benefícios, em termos de saúde e de qualidade de vida, decorrentes do parar de fumar são maiores do que o prazer momentâneo que o cigarro proporciona.

2.2.9 As restrições sociais ao fumo

Fumar é um comportamento social adquirido e estilizado. Embora as influências sociais no mundo contemporâneo ofereçam à população, de forma repetitiva, um quadro de como fumar, este comportamento está atualmente restrito a determinados ambientes, o que tem contribuído para coibir o uso do fumo.

Muitas doenças e óbitos prematuros em todo mundo estão associados ao tabagismo, que é a maior causa evitável de morte por doenças crônicas não-transmissíveis⁽¹³¹⁻¹³³⁾. Apesar disso, o consumo de tabaco tem aumentado no mundo e se concentrado cada vez mais em países em desenvolvimento⁽¹³⁴⁾.

O governo brasileiro, reconhecendo a gravidade dessa epidemia mundial e em decorrência de sua inserção no processo de negociação da Convenção-Quadro^b, vem investindo em ações para cumpri-la, no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e da legislação vigente no país. O Brasil, segundo país a assinar a Convenção-Quadro em junho de 2003, vem fortalecendo o compromisso com o controle do consumo de tabaco, um problema de saúde pública que compromete o desenvolvimento social e econômico do país⁽¹³⁴⁾.

No Brasil, desde 1988 existem medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho e têm sido criadas áreas destinadas exclusivamente ao tabagismo. A lei de nº 9.294/1996 proíbe o fumo e qualquer outro produto derivado do tabaco em recintos coletivos, privados ou públicos, como repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas, exceto em locais específicos para fumantes. Em 2000, a mesma passou a proibir o uso de produtos

b Tratado internacional de saúde pública que determina um conjunto de medidas cujo objetivo precípua é deter a expansão do consumo de tabaco e seus danos à saúde.

derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo e, em 2003, a venda de produtos derivados do tabaco a menores de 18 anos⁽¹³⁴⁾.

A propaganda de produtos de tabaco é proibida em revistas, jornais, TV, rádio, internet, outdoors, sendo permitida apenas nos pontos internos de venda. As companhias de tabaco são obrigadas a inserir mensagens de advertências com imagens ilustrativas nas embalagens dos produtos de tabaco e estão proibidas de usar descritores como light, ultralight, suave e outros⁽¹³⁵⁾. Essas medidas contribuíram para preservar a população da investida acirrada das indústrias do tabaco e mostram que, quando há desejo político, pode-se avançar em saúde pública ⁽⁹⁸⁾.

As intervenções comunitárias costumam incluir múltiplas atividades, todas direcionadas para influenciar o comportamento de não fumar, tais como a restrição da idade para compra de tabaco, lugares públicos livres de tabaco, campanhas na mídia e programas especiais em escolas⁽¹⁸⁾.

A forte pressão social e o reconhecimento dos malefícios do tabagismo sobre a saúde materna e fetal constroem as gestantes, fazendo com que grande parte delas não preste informações verídicas a respeito de seu hábito tabágico⁽¹³⁶⁾. A proibição de fumar no ambiente domiciliar remete à mensagem que "fumar é insalubre para ambos, o fumante e a família" e está associada à diminuição do risco de tabagismo para os jovens^(137;138), uma vez que é grande o percentual de jovens que iniciam o hábito por ter cigarros à disposição no próprio lar.

A Organização Mundial da Saúde considera a redução do tabagismo dos pais elemento-chave para melhorar as condições de saúde e desenvolvimento das crianças menores de um ano, particularmente daquelas que vivem em circunstâncias socioeconômicas desfavoráveis. À medida que crescem, as crianças vão tendo mais atividades sociais e, assim, além da exposição domiciliar, passam a correr o risco da exposição ao tabagismo em escolas, creches, centros de compras e outras atividades sociais, sendo importante, pois, que o hábito tabágico das pessoas que cuidam das crianças também seja modificado⁽¹³⁹⁾. As restrições sociais devem estar focadas em ações que protejam as crianças da exposição ao fumo, com o objetivo de diminuir os índices de tabagismo nas próximas gerações.

Devem ser pontos capitais das campanhas o controle do tabagismo materno e familiar, bem como sua proibição nos meios de transporte, bares e restaurantes⁽¹²⁰⁾. As crianças imitam o comportamento dos pais, amigos e ídolos, especialmente daqueles com os quais se identificam ou admiram, que se tornam "modelos" a serem seguidos. Os programas mais recentes focalizam sua ação nos fatores sociais que influenciam o tabagismo e põem ênfase na aquisição de habilidades ou estratégias para resistir às pressões para fumar⁽¹⁸⁾.

Pais fumantes não só geram modelo de comportamento, mas com frequência deixam o cigarro disponível no lar. A publicidade do tabaco na mídia inclui gasto de 10 bilhões de dólares por ano nos

EUA. Porém, mais preocupante e importante do que isso é o modelo de comportamento induzido por ídolos no cinema e na televisão, que infelizmente ainda ocorre com muita frequência. Assim que se iniciam no hábito de fumar, a maioria das crianças perde rapidamente o controle sobre o comportamento. Os jovens podem ser fisgados pelo tabaco após fumar apenas alguns cigarros. Mais de 80% dos fumantes, na maioria dos países, iniciaram-se antes dos 18 anos⁽⁹⁸⁾.

As evidências são limitadas, até o momento, em relação à efetividade dos programas baseados em prevenir a iniciação tabágica de jovens em escolas. Porém, os programas que incluem conteúdos curriculares acerca das conseqüências do tabagismo sobre a saúde a curto prazo, combinados com informação sobre as influências sociais que encorajam o hábito de fumar, além de treinamento sobre como resistir às pressões para fumar, parecem ser mais efetivos do que as tradicionais intervenções baseadas em conhecimento⁽¹³⁸⁾.

O número de jovens que se iniciam no hábito de fumar vem aumentando desde a última década, a despeito das restrições impostas à publicidade do tabaco⁽⁵⁰⁾. Apesar da proibição da venda para menores, a exposição ao tabaco continua através de pontos de venda, inclusive próximos a escolas, e do contrabando que disponibiliza o produto no mercado informal. A promoção do tabaco ainda permanece no acesso a programas da televisão paga, no acesso irrestrito a sites na internet, no circuito da Fórmula 1 e na poderosa indústria cinematográfica americana, a qual tem uma estreita aliança com a indústria do tabaco, garantindo dessa forma a invasão dos lares, à revelia de toda a legislação restritiva existente⁽¹⁸⁾.

Os resultados de estudo para avaliar a tendência ao tabagismo em estudantes de medicina nos últimos dez anos evidenciaram que a prevalência foi de 21,6% em 1986, e de 10,1% em 2002. A maioria dos alunos mostrou-se favorável à proibição do fumo em locais de ensino e assistência e referiu que o tema era pouco valorizado no currículo da faculdade⁽¹⁴⁰⁾.

Vários estudos demonstram que a prevalência de uso de tabaco é mais baixa em escolas que adotam políticas para proibir o tabaco e que obrigam ao cumprimento de tais políticas. Em outro estudo, as taxas de fumantes foram reduzidas em 40% após implantação de uma política por um ambiente livre de tabaco⁽¹⁴¹⁾. Esta é uma ação que pode ser defendida por um único médico ou grupo de médicos dentro de uma comunidade. As restrições ao tabaco em lugares públicos também estão associadas com uma mais baixa prevalência de tabagismo entre os adolescentes⁽¹³⁸⁾. Atualmente, os programas de promoção e tratamento do tabagismo não se restringem apenas aos médicos, agregando também enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, assistentes sociais, dentistas, educadores e outros.

A criação do Comitê Nacional para o Controle do Uso do Tabaco e as campanhas nacionais com assinaturas mobilizaram a sociedade civil e advogados através do país. O aumento de impostos

impôs banimentos à publicidade e criou leis para proteger os não-fumantes e as crianças. Estas medidas contribuíram para proteger a população contra a investida do tabaco, e o Brasil mostrou ao mundo que, quando há desejo político, pode-se avançar em saúde pública⁽⁹⁸⁾.

A legislação sobre a fumaça ambiental do tabaco precisa ser priorizada pelos governos como um instrumento de controle do tabaco⁽⁹⁸⁾. Outra ação importante tem sido a divulgação das leis de controle do fumo a comunidade, assim como a identificação e articulação de mecanismos que possibilitem a fiscalização e o cumprimento das mesmas. É importante ter uma legislação forte, sobretudo no que tange às políticas tributária e agrícola e articulada com outros setores do governo, constituindo-se em um programa de Estado. A sensibilização e mobilização de diversos setores da sociedade para a busca de culturas alternativas para substituir o plantio do tabaco são atividades fundamentais para que os esforços nessa área obtenham sucesso⁽⁵⁾.

Estudo evidenciou que adolescentes que moram em áreas de plantio de tabaco estão mais sujeitos a iniciar precocemente o uso do tabaco em relação a outros jovens, que as famílias constituem uma forte influência positiva ou negativa para o uso do fumo, que pais fumantes influenciam seus filhos no hábito e que existe preocupação dos jovens fumantes com a saúde dos irmãos mais novos⁽¹⁴²⁾.

As ações de saúde pública para eliminar a exposição ao tabagismo ambiental vão desde a construção de fumódromo com áreas e ventilação totalmente separadas, até o banimento total do tabagismo dos locais públicos, ambientes de trabalho e lares, o que levaria a proteção máxima aos não-fumantes, evitaria a superexposição dos tabagistas nos fumódromos e os custos com a construção dos mesmos. Proibir o fumo em lugares públicos é uma obrigação do Estado, que assim está protegendo o cidadão dos males que outros podem lhe causar⁽¹²⁰⁾.

O Banco Mundial concluiu que o aumento de impostos e preços é o mecanismo mais eficaz para frear a prevalência e o consumo dos produtos de tabaco. Este aumento pode, também, induzir os fumantes a consumirem menos tabaco ou persuadi-los a abandonar o hábito, bem como prevenir os fumantes em abstinência de recomeçarem. Os países que elevam dramaticamente os impostos sobre o tabaco testemunham uma quase imediata redução no seu uso e constatam a correspondente melhoria na saúde cardiovascular. Um maço de cigarros a 7 dólares irá, a longo prazo, convencer os fumantes a abandonarem o tabagismo e os não-fumantes a não começarem a fumar⁽⁹⁸⁾.

A proibição de fumo na maioria dos hospitais faz os pacientes abster-se de tabaco durante a internação sem estarem preparados e independentemente da fase de motivação em que se encontram. Durante a hospitalização, é difícil diferenciar sintomas de abstinência da nicotina com os ocasionados pela angústia, ansiedade ou depressão inerentes à internação. Por esse motivo, é fundamental o apoio da equipe de saúde e tratamento especializado. Entretanto, o número de grupos multidisciplinares treinados para tratamento ambulatorial da dependência da nicotina é muito pequeno e ínfimo para o

manejo intra-hospitalar⁽⁷¹⁾. Assim, a proibição do tabagismo em ambientes hospitalares não é suficiente para colaborar com o abandono do tabagismo; dispor de equipes multidisciplinares especializadas para o adequado manejo destes pacientes é necessário para efetividade do tratamento.

A exposição tabágica do não-fumante que convive com um fumante é aproximadamente equivalente a 1% de 20 cigarros fumados ativamente ao dia, sendo registrada no indivíduo em exposição passiva ao tabaco maior associação com doenças respiratórias, cardíacas, câncer de pulmão e doenças infantis⁽¹²⁰⁾.

A magnitude da exposição tabágica ambiental é dependente de vários fatores: dimensão do espaço onde ocorre a exposição, número de fumantes ativos, intensidade do fumo, tempo de exposição, idade da pessoa exposta, frequência de troca de ar no ambiente fechado e uso de purificadores de ar⁽¹⁴³⁾. Sabe-se também que a existência de regras claras proibindo o tabagismo intradomiciliar reduz a exposição na infância e está associada a taxas menores de tabagismo entre os adolescentes⁽¹²⁰⁾. O mesmo ocorre em empresas.

Uma das características da dependência é o abandono progressivo de outros prazeres ou interesses em favor do uso da substância e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou recuperação dos seus efeitos⁽⁹⁾. Os comportamentos aditivos são, muitas vezes, acompanhados de alguma diminuição dos processos de autocontrole que normalmente restringem o comportamento. Uma pessoa pode persistir em um comportamento danoso em virtude de um colapso dos processos normais de auto-regulação⁽⁶⁴⁾.

Abandonar o fumo não é fácil, pois, assim que taxas de consumo de tabaco pareçam cair, táticas agressivas de *marketing* direcionadas às mulheres e aos jovens são lançadas, visando conquistar novos adeptos ao consumo tabágico. Este é um desafio para todos que necessita ser vencido. Auxiliar mais fumantes a abandonar o vício é a chave para reduzir a estimativa de mortes tabaco-relacionadas para as próximas décadas, e para isso é preciso aumentar as taxas de abandono⁽⁹⁸⁾.

Os fumantes impõem elevados custos sanitários com relação a sua saúde e dos que com ele convive, assim como à agressão ao meio ambiente. Os riscos e danos justificam medidas para a proibição do tabagismo em locais públicos e de trabalho, campanhas educacionais para evitar a exposição tabágica intradomiciliar e para encorajar o abandono do fumo. Portanto, faz-se necessário maior compromisso por parte do poder público, médicos, educadores e sociedade no intuito de diminuir a prevalência do tabagismo⁽¹²⁰⁾.

As restrições sociais contribuem para manter o ar limpo e saudável para os fumantes e os não-fumantes, enfatizam o direito das pessoas à saúde e contribuem para fazer do fumo uma exceção, ao

invés de uma norma. Quanto maiores as restrições ao fumo, maior é o consenso social de que o uso de tabaco é prejudicial à saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar fatores que contribuem para o sucesso no abandono do tabagismo em longo prazo sob o ponto de vista de fumantes em abstinência.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a exposição tabágica ativa dos indivíduos que pararam de fumar há mais de seis meses.

Conhecer as motivações que contribuíram para o abandono do tabagismo em indivíduos que pararam de fumar há mais de seis meses.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O caminho metodológico eleito para compreender o problema investigado e atingir os objetivos propostos foi o de uma pesquisa de caráter qualitativo, exploratório, tendo em vista que seu foco ampara-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios autores⁽¹⁴⁴⁾.

A pesquisa qualitativa é descrita como aquela em que os pesquisadores têm como alvo melhor compreender o comportamento e a experiência humana. Busca-se entender o processo pelo qual as pessoas constroem e descrevem seus significados⁽¹⁴⁵⁾.

A pesquisa qualitativa trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes e opiniões. São características fundamentais o ambiente e o papel desempenhado pelo pesquisador. Ela se propõe a aprofundar o conhecimento de uma realidade específica^(146;147). Nessa abordagem, a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo de indivíduos, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória, entre outros⁽¹⁴⁸⁾.

A pesquisa exploratória inicia-se por algum fenômeno de interesse, mas, ao invés de simplesmente observar e registrar, ela busca explorar as dimensões desse fenômeno, a maneira como ele se manifesta e os fatores com os quais se relaciona. Tem como objetivo aproximar o pesquisador de seu objeto de pesquisa e ampliar o conhecimento de um determinado problema^(144;149).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram da pesquisa 16 fumantes em abstinência há mais de seis meses recrutados intencionalmente junto à comunidade de Porto Alegre, no período de 2004 a 2006. Inicialmente foram entrevistados 10 indivíduos, e posteriormente foram incluídos mais seis no estudo procurando atender uma solicitação do Programa de Pós-Graduação. A captação dos sujeitos se deu por intermédio de cartazes, divulgação entre amigos e indicação dos próprios participantes.

Escolheu-se entrevistar indivíduos abstêmios no período de seis meses com base nos estágios sequenciais da história natural das tentativas de abandonar o hábito de fumar. A fase de manutenção configura-se por aqueles indivíduos que, por mais de seis meses, mantêm-se convictos em sua abstinência ao fumo⁽⁴³⁾. A amostra foi encerrada quando a pesquisadora, em supervisão com o orientador e em discussão com os pares de seu grupo de pesquisa, perceberam que atingiram o critério da saturação das informações, ou seja, a partir do momento em que as respostas se tornaram repetitivas^(144;150).

Na pesquisa qualitativa não se busca a representatividade estatística, mas a analítica. A análise é efetuada com poucos participantes, e são buscadas intencionalmente aquelas pessoas cuja informação é necessária para a compreensão daquilo que a pesquisa investiga⁽¹⁵¹⁾.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Indivíduos concordantes em participar do estudo, que pararam de fumar há mais de seis meses, lúcidos, orientados e com capacidade de participar de entrevista e com dependência à nicotina ≥ 5 pela escala de Fagerström, pois buscou-se trabalhar com indivíduos dependentes, e que, portanto, fumavam regularmente.

4.4 COLETA DE INFORMAÇÕES

As informações foram coletadas pela autora na residência ou local de trabalho dos participantes. Num primeiro momento, houve a aplicação rápida de um questionário denominado pré-triagem, que define o grau de dependência à nicotina por meio da escala de Fagerström⁽¹⁵²⁾ (Apêndice A), a qual classifica a dependência dos fumantes de acordo com as seguintes pontuações: 0-2 pontos = dependência muito baixa; 3-4 pontos = dependência baixa; 5 pontos = dependência média; 6-7 pontos = dependência elevada e 8-10 pontos = dependência muito elevada. Puderam participar do estudo os indivíduos com pontuação de 5 a 10 pontos.

O período de abstinência dos entrevistados no momento da coleta de informações oscilou de oito meses a quatro anos. Sabe-se que existem diferenças na qualidade das informações de alguém que descreve um evento mais recente de outro que se passou há mais tempo, visto que nessa segunda situação há mais elementos que permitem uma releitura a partir do momento atual. Acredita-se que o viés de lembrança não tenha acontecido, uma vez que eles próprios nos procuraram, tamanha a representação de parar de fumar em suas vidas.

Num segundo momento, foi realizada uma entrevista em profundidade, do tipo semi-estruturada (Apêndice B), a qual dá liberdade de ação gradual e intencional em direção ao tema que se busca investigar, valorizando a presença do investigador e oferecendo perspectivas para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias para enriquecer a investigação^(151;153;154). As entrevistas foram gravadas em áudio e tiveram duração média de 80 minutos.

A entrevista teve por base a conversação e, como tal, foi um evento psicológico e social⁽¹⁵⁵⁾, que envolveu o perguntar ou discutir o tema “Como você conseguiu parar de fumar?”. Foram

abordados motivos da decisão, estratégias utilizadas, mudanças de hábitos, recaídas e vivência de não fumar. A entrevista semi-estruturada garantiu que todas as questões relevantes fossem trabalhadas utilizando linguagem de domínio dos participantes.

Sua principal característica foi basear-se num roteiro que apresenta questões com respostas abertas, não previamente codificadas, que permite ao entrevistado discorrer livremente sobre o tema proposto, embora ele apresente algumas indagações com respostas previamente codificadas. A entrevista parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e em seguida introduz outras questões à medida que o informante desenvolve as respostas. Uma das características da pesquisa qualitativa é o pressuposto de que o pesquisador é ele próprio instrumento de pesquisa. Por isso, o preparo do pesquisador é importante, devendo sua atuação estar devidamente alicerçada em teorias e reflexões sobre o contexto do estudo, bem como considerar os sujeitos com os quais trabalhará^(151;156).

Para manter o entrevistado motivado, o diálogo foi animado por gestos ou expressões para auxiliá-lo a elaborar a verbalização, sendo perguntado “O que gostaria de dizer sobre isso?”. E ainda, segundo Valles⁽¹⁵⁷⁾, foram repetidas, sem formular uma pergunta direta, expressões do entrevistado, de modo a fazê-lo continuar em sua narrativa.

O entrevistador necessita ficar atento ao entrevistado, sensível aos seus sentimentos, tolerar o silêncio e proceder em seu roteiro de forma sutil, sem que a entrevista se transforme em um interrogatório. Precisa também usar de sutileza para checar incongruências e manter-se livre de fazer julgamentos sobre o entrevistado e o que ele veiculou⁽¹⁵⁸⁾. Ao final da entrevista, foi perguntado ao entrevistado se ele desejava tratar mais algum tópico que não fora trabalhado; e agradeceu-se sua participação no estudo.

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A análise das informações das entrevistas foi realizada através da técnica de Análise de Conteúdo, que é um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados à pesquisa qualitativa, com o objetivo de compreender o conteúdo dos depoimentos dos participantes. Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens⁽¹⁵⁹⁾. As principais técnicas de análise de conteúdo são de expressão, de relações, de representação, de enunciação e temática⁽¹⁵⁰⁾. Esta última foi a eleita para

este estudo, por ser mais amplamente utilizada e porque nela o recorte é realizado conforme as unidades de significado que aparecem.

Para que essa análise ocorra de modo sistemático, são propostos três momentos distintos. O primeiro consiste na pré-análise, fase de organização do material a ser explorado, onde se faz a sistematização e operacionalização das idéias iniciais⁽¹⁵⁹⁾. Nessa fase, as entrevistas gravadas em fita K7 foram transcritas na íntegra. O processo de transcrição das fitas, ainda que demande tempo, possibilita ao pesquisador penetrar no conteúdo dos relatos. Para isso o material foi lido repetidas vezes. As entrevistas foram identificadas por um número, de modo a preservar o sigilo sobre a identidade do informante. As gravações serão conservadas para manter intacta toda a informação por cinco anos; após esse período, serão desgravadas de acordo com Lei de Direitos Autorais 9610/98⁽¹⁶⁰⁾.

No segundo momento, exploração do material, foi realizada a classificação do material coletado em unidades de significados a partir da diferenciação, por meio de uma codificação específica. Após esse procedimento, foi feita a agregação das unidades de significados em categorias, com a passagem do discurso ingênuo do participante para a linguagem do pesquisador. Para essa organização, os critérios de exaustividade, exclusão mútua, objetividade, representatividade e pertinência foram contemplados⁽¹⁵⁹⁾.

A transcrição e isolamento de cada unidade de registro exigiram eventualmente uma reescrita ou até uma pequena transformação do texto original, de modo que os fragmentos tivessem significado em si mesmos. A fragmentação foi feita com o máximo de rigor, tentando captar toda a informação de um texto, embora sempre haja inúmeras leituras possíveis e nenhuma delas consiga captar todo o significado. Nesta sistemática não existem categorias definidas “a priori”, mas essas emergem da análise. A categorização inicial resultou em um número elevado de categorias. Porém, à medida que o processo avançou, foram percebidas relações entre determinadas categorias, algumas delas se aproximavam em termos de seus significados. Para Moraes, a busca de conjuntos de categorias mais gerais seguidamente conduz ao que tem sido denominado de categorias intermediárias e, posteriormente, de categorias finais⁽¹⁶¹⁾.

No terceiro momento, tratamento dos resultados, foram realizadas a descrição das categorias evidenciadas e sua interpretação frente ao referencial teórico, de modo a torná-los significativos e válidos. É quando se põem em relevo as informações fornecidas pela análise⁽¹⁶¹⁾. Depois de confirmar que todas as unidades de registro foram categorizadas, houve a identificação das principais idéias expressas, que foram ordenadas para produzir um texto descritivo que sintetizasse o conteúdo da respectiva categoria inicial. O produto do processo de categorização é um texto descritivo em que são apresentados os aspectos mais significativos captados com a análise das entrevistas. Neste texto foram inseridas passagens retiradas diretamente das entrevistas, o que torna as descrições mais

consistentes e contribui para a construção da validade do produto da pesquisa. A análise de conteúdo não dispensa a interpretação; ao contrário, ela se constitui em um momento imprescindível dessa metodologia. Esse processo não é linear, existindo a necessidade de correções permanentes.

Para Olabuenaga e Ispizua, o processo de categorização deve ser entendido em sua essência como um processo de redução de dados. As categorias representam o resultado de um esforço de síntese de uma comunicação, destacando neste processo seus aspectos mais importantes⁽¹⁶²⁾.

4.6 CREDIBILIDADE DOS RESULTADOS

Para confirmação dos dados qualitativos, utilizou-se a técnica de auditoria da investigação, a qual se refere à objetividade ou à neutralidade dos dados, de forma que duas ou mais pessoas independentes dos pesquisadores concordem quanto à relevância ou significado dos dados⁽¹⁴⁴⁾. Neste estudo, a confirmação das informações se deu por meio do mecanismo de conferência com pares e pela participação de um revisor externo, todos com experiência na realização de pesquisa qualitativa e análise de conteúdo. O revisor externo fez a leitura e a análise de todas as entrevistas e, após, elaborou um resumo interpretativo, chegando na versão final às mesmas categorias identificadas pelos pesquisadores.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos foram respeitados, tendo sido tomados todos os cuidados para proteger os direitos dos participantes da pesquisa, em atenção às determinações dos órgãos que legislam sobre a pesquisa com seres humanos no país, estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁴⁶⁾.

Inicialmente, os participantes responderam a um instrumento que avaliou a dependência à nicotina (Apêndice A), cuja devolução preenchida formalizou o consentimento do informante em participar do estudo. Posteriormente, todos os participantes manifestaram concordância em fazer parte do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), o qual continha de forma simplificada os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os riscos e benefícios previstos, a garantia de privacidade das informações e de uso exclusivo com finalidade científica, a

garantia de anonimato dos participantes e do direito de desistirem de participar do estudo a qualquer momento.

Ainda, visando preservar o anonimato, os depoimentos dos entrevistados que aparecem nos artigos foram identificados por códigos numéricos que distinguem os entrevistados e sua pontuação na escala de Fagerström (exemplo: E1F5 - entrevistado número 1; pontuação 5 na escala).

O projeto desta investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que é credenciado junto ao Ministério da Saúde do Brasil e dos Estados Unidos (Anexo 1), e pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Anexo 2).

6 REFERÊNCIAS

- (1) Fiore MC. Clínicas médicas da América do Norte. Rio de Janeiro: Interlivros; 1992.
- (2) Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
- (3) Ribeiro SA, Jardim JRB, Laranjeira RR, Alves AKS, Kesselring F, Fleissig L, et al. Prevalência do tabagismo na Universidade Federal de São Paulo. *Rev Associação Médica Brasileira* 2003;45(1).
- (4) Brasil, Ministério da Saúde, INCA. Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer. Rio de Janeiro 2003 [cited 2006 Feb 22]; Available from: URL: http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf.
- (5) Brasil, Ministério da Saúde, INCA. Atualidades em tabagismo: Nova campanha antitabagismo do Ministério da Saúde focaliza os jovens. Rio de Janeiro 2003 [cited 2006 Feb 15]; Available from: URL: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=lista.asp>
- (6) Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiatria* 2001 Dec;23(4):200-14.
- (7) Dórea AJP, Botelho C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol* 2004 Aug;30(2):41-6.
- (8) Repace J, Lowrey A. Indoor air pollution, tobacco smoke and public health. *Science* 1980;208(2):464-72.
- (9) Meirelles RHS, Gonçalves CMC. Abordagem cognitivo-comportamental do fumante. *J Bras Pneumol* 2004;30(2):30-5.
- (10) Viegas CCA, Reichert J. Tratamento medicamentoso. *J Bras Pneumol* 2004 Aug;30(2):36-40.
- (11) Miller WR, Rollnick S. Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Tradução Andrea Caleffi e Cláudia Dornelles. Porto Alegre: ARTMED; 2001.
- (12) Stuchi RAG, Carvalho EC. Crenças dos portadores de doença coronariana, segundo o referencial de Rokeach, sobre o comportamento de fumar. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2003 Feb;11(2).
- (13) Cinciprini PM, Hecht SS, Henningfield JE, Manley MW, Kramer BS. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. *J Natl Cancer Inst* 1997;86:1852-67.
- (14) Cromwell J, Barlosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA* 1997;278(21):1759-66.
- (15) Laranjeira R, Lourenço MTC, Samaia HB. Como ajudar seu paciente a parar de fumar. São Paulo 2003 [cited 2004 Aug 14]; Available from: URL: www.hcanc.org.br/outrasinfs/ensaios/capf.html
- (16) Kirchenchtejn C, Chatkin JM. Dependência da nicotina. *J Bras Pneumol* 2004 Aug;30(2):11-8.
- (17) Fontanella BJB, Turato ER. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. *Rev Saúde Pública* 2002 Aug;36(4):439-47.

- (18) Sant'anna CC, Araújo AJ, Orfaliais CS. Abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. *J Bras Pneumol* 2004 Aug;30(2):47-54.
- (19) McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International J Nurs Stud* 2002;39:723-34.
- (20) Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública* 2005;39(3):507-14.
- (21) Foulds J, Gandhi KK, Steinberg MB, Richardson DL, Williams JM, Burke MV, et al. Factors associated with quitting smoking at a tobacco dependence treatment clinic. *Am J Health Behav* 2006;30(4):400-4.
- (22) Yang T, Fisher KJ, Li F, Danaher BG. Attitudes to smoking cessation and triggers to relapse among Chinese male smokers. *BMC Public Health* 2006;6:65.
- (23) Lindqvist R, Aberg H. Who stops smoking during pregnancy? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 Feb;80(2):137-41.
- (24) Murray RP, Gerald LB, Lindgren PG, Connett JE, Rand CS, Anthonisen NR. Characteristics of participants who stop smoking and sustain abstinence for 1 and 5 years in the Lung Health Study. *Prev Med* 2000 May;30(5):392-400.
- (25) Puskar M. Smoking cessation in women: findings from qualitative research. *Nurse Pract* 1995 Nov;20(11 Pt 1):80, 83-6, 89.
- (26) Lando HA, Johnson KM, Graham-Tomasi RP, McGovern PG, Solberg L. Urban Indians' smoking patterns and interest in quitting. *Public Health Rep* 1992 May;107(3):340-4.
- (27) Zimmermann E, Ekholm O, Juel K, Curtis T. Predictors of smoking cessation in a national representative random sample of Danish adults. *Ugeskr Laeger* 2006 Oct 16;168(42):3615-8.
- (28) Lin KP, Lou ML, Liu PE. The experiences of resuming smoking among medical college students. *Hu Li Za Zhi* 2004 Dec;51(6):55-63.
- (29) Bialous SA, Sarna L, Wewers ME, Froelicher ES, Danao L. Nurses' perspectives of smoking initiation, addiction, and cessation. *Nurs Res* 2004;53(6):387-95.
- (30) Thompson B, Thompson LA, Thompson J, Fredrickson C, Bishop S. Heavy smokers: a qualitative analysis of attitudes and beliefs concerning cessation and continued smoking. *Nicotine Tob Res* 2003 Dec;5(6):923-33.
- (31) Rajamaki H, Katajavuori N, Jarvinen P, Hakuli T, Terasalmi E, Pietila K. A qualitative study of the difficulties of smoking cessation; health care professionals' and smokers' points of view. *Pharm World Sci* 2002;24(6):240-6.
- (32) Goldberg D, Hoffman A, Anel D. Understanding people who smoke and how they change: a foundation for smoking cessation in primary care, part 1. *Dis Mon* 2002 Jun;48(6):385-439.
- (33) Goksel T, Ozol D, Bayindir U, Guzelant A. Smoking habit among the relatives of patients with serious smoking-related disorders. *Eur Addict Res* 2002 Jun;8(3):118-21.
- (34) Lucksted A, Dixon LB, Sembly JB. A focus group pilot study of tobacco smoking among psychosocial rehabilitation clients. *Psychiatr Serv* 2000 Dec;51(12):1544-8.
- (35) Wiltshire S, Amos A, Bancroft A, Parry O. 'I came back here and started smoking again': perceptions and experiences of quitting among disadvantaged smokers. *Health Educ Res* 2003;18(3):292-303.

- (36) McKie L, Laurier E, Taylor RJ, Lennox AS. Eliciting the smoker's agenda: implications for policy and practice. *Soc Sci Med* 2003;56(1):83-94.
- (37) Panday S, Reddy SP, Bergstrom E. A qualitative study on the determinants of smoking behaviour among adolescents in South Africa. *Scand J Public Health* 2003;31(3):204-10.
- (38) Bush J, White M, Kai J, Rankin J, Bhopal R. Understanding influences on smoking in Bangladeshi and Pakistani adults: community based, qualitative study. *BMJ* 2003;326(7396):962.
- (39) Lennon A, Gallois C, Owen N, McDermott L. Young women as smokers and nonsmokers: a qualitative social identity approach. *Qual Health Res* 2005 Dec;15(10):1345-59.
- (40) Pingree S, Boberg E, Patten C, Offord K, Gaie M, Schensky A, et al. Helping adolescents quit smoking: a needs assessment of current and former teen smokers. *Health Commun* 2004;16(2):185-94.
- (41) Kishchuk N, Tremblay M, Lapierre J, Heneman B, O'Loughlin J. Qualitative investigation of young smokers' and ex-smokers' views on smoking cessation methods. *Nicotine Tob Res* 2004 Jun;6(3):491-500.
- (42) Vries H., Backbier E. Self-efficacy as an important determinant of quitting among pregnant women who smoke: the phi-pattern. *Prev Med* 1994 Mar;23(2):167-74.
- (43) Miranda JA. Como ajudar seu paciente a deixar de fumar. *Acta Médica* 1993;465-7 Sistema[000157095].
- (44) World Health Organization. The future. Geneva: WHO 2004 [cited 2006 Jan 30]; Available from: URL: <http://www.who.int/tobacco/en/atlas38.pdf>.
- (45) World Health Organization. Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva: WHO 2004 [cited 2006 Feb 7]; Available from: URL: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/en/building_blocks_1.pdf
- (46) Kroeff LR, Mengue SS, Schmidt MI, Duncan BB, Favaretto AL, Nucci LB. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. *Rev Saúde Pública* 2004 Apr;38(2):261-2.
- (47) National Cancer Institute. Women, tobacco and cancer: an agenda for the 21st Century. United States: Robert Wood Johnson Foundation; 2004.
- (48) Menezes AMB. Epidemiologia do tabagismo. *J Bras Pneumol* 2004 Aug;30(2):5-7.
- (49) Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2001;35(2):150-8.
- (50) Coleman T. ABC of smoking cessation: special group of smokers. *BMJ* 2004;328:575-7.
- (51) Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde. Programa de Controle do Tabagismo. Porto Alegre 2006 [cited 2006 Jan 20]; Available from: URL: http://www.saude.rs.gov.br/programa_tabagismo.php
- (52) Brasil, Ministério da Saúde. Porque se fuma e porque se deixa de fumar - Uma educação para a saúde criativa. Brasília 2004 November 26 [cited 2005 Jun 23]; Available from: URL: www.anti-tabagismo.odline.com/default.jsp?id_conteudo=6&id_capitulo=04.01.01

- (53) Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância epidemiológica de fatores de risco de câncer: utilizando tabagismo como modelo. Rio de Janeiro 2001 [cited 2006 Feb 17]; Available from: URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/GVE/GVE0535A.htm>.
- (54) Daudt AW. Tabaco & saúde: Contribuições à epidemiologia e a educação em controle do tabagismo [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
- (55) Horta BL, Calheiros P, Pinheiro RT, Tomasi E, Amaral KC. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2001 Apr;35(2):159-64.
- (56) Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. Rev Saúde Pública 2003 Feb;37(1):1-7.
- (57) Brasil, Ministério da Saúde, INCA. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003. Rio de Janeiro 2003 [cited 2004 Aug 27]; Available from: URL: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/tab.pdf>
- (58) Cavalcante J. O impacto mundial do tabagismo. Fortaleza: Realce; 2002.
- (59) Gigliotti A, Bonetto DVS, Alves JG, Jardim JRB, Maranhão MFC, Zamboni M, et al. Tabagismo. Jornal Brasileiro de Medicina 1999;77(2).
- (60) Cavalcante J. Cigarro o veneno completo: uma análise química dos venenos do cigarro. Fortaleza: INESP; 2000.
- (61) Menezes AMB, Horta BL, Oliveira AL, André LB, Kaufmann RAC, Duquia R, et al. Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. Rev Saúde Pública 2002 Apr;36(2):129-34.
- (62) Pereira EDB, Torres L, Macêdo J, Medeiros MMC. Efeitos do fumo ambiental no trato respiratório inferior de crianças com até 5 anos de idade. Rev Saúde Pública [online] 2000 February [cited 2006 Jun 5];34(1):39-43. Available from: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000100008&lng=pt&nrm=iso
- (63) Botelho C. Você também pode parar de fumar. Cuiabá: Carlino & Caniato; 2006.
- (64) Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Artmed ed. Porto Alegre: 2001.
- (65) Brasil, Ministério da Justiça, Secretaria Nacional Antidrogas. Primeiro levantamento domiciliar sobre uso de drogas. CEBRID; 2001.
- (66) West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. BMJ 2004;4:328-38.
- (67) Leopércio W, Gigliotti A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. J Bras Pneumol 2004 Apr;30(2):176-81.
- (68) Rigotti NA. Clinical practice. Treatment of tobacco use and dependence. N Engl J Med 2002;12:346-506.
- (69) Wakefield M, Reid Y, Roberts L, Mullins R, Gillies P. Smoking and smoking cessation among men whose partners are pregnant: a qualitative study. Soc Sci Med 1998 Sep;47(5):657-64.
- (70) Haggström FM. Abordagem de grupos especiais: gestantes. J Bras Pneumol 2004 Aug;30(2):56-7.
- (71) Halty LS. Abordagens de grupos especiais: idosos. J Bras Pneumol 2004 Aug;30(2):58-61.

- (72) Pereira LFF. Abordagens de grupos especiais: pacientes hospitalizados. *J Bras Pneumol* 2004 Aug;30(2):62-4.
- (73) American Psychiatric Association. Practical guidelines for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 1996;153:10 (supplement).
- (74) The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel SaCR. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000;283:244-54.
- (75) Society for Research on Nicotine and Tobacco. AHCPR smoking cessation guideline: its goals and impact. *Tob Control* 1996;6 (supplement 1).
- (76) McCarty MC, Zander KM, Hennrikus DJ, Lando HA. Barriers among nurses to providing smoking cessation advice to hospitalized smokers. *Am J Health Promot* 2001 Nov;16(2):85-7.
- (77) Allard RH. Tobacco and oral health: attitudes and opinions of European dentists; a report of the EU working group on tobacco and oral health. *Int Dent J* 2000 Apr;50(2):99-102.
- (78) Castellanos BEP. Cuidado de enfermagem: modelagem de comportamento. *Enfermagem Novas Dimensões* 1977 Aug;3(3):244-9.
- (79) Heath J, Andrews J, Kelley FJ, Sorrell J. Caught in the middle: experiences of tobacco-dependent nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract* 2004 Sep;16(9):396-401.
- (80) Slater P, McElwee G, Fleming P, McKenna H. Nurses' smoking behaviour related to cessation practice. *Nurs Times* 2006;102(19):32-7.
- (81) Lawn S, Condon J. Psychiatric nurses' ethical stance on cigarette smoking by patients: determinants and dilemmas in their role in supporting cessation. *Int J Ment Health Nurs* 2006;15(2):111-8.
- (82) Sarna L, Bialous SA, Wewers ME, Froelicher ES, Danao L. Nurses, smoking, and the workplace. *Res Nurs Health* 2005;28(1):79-90.
- (83) Rice V, Stead L. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1(CD001118).
- (84) Quist-paulsen P, Gallefoss F. Randomised controlled trial of smoking cessation interventions after admission for coronary heart disease. *BMJ* 2003;327:1254-7.
- (85) Mirra AP, Rosemberg J. Inquérito sobre prevalência do tabagismo na classe médica brasileira. *Rev Assoc Med Bras* 1997 Jul;43(3):209-16.
- (86) Coleman T, Cheater F, Murphy E. Qualitative study investigating the process of giving anti-smoking advice in general practice. *Patient Educ Couns* 2004;52(2):159-63.
- (87) Schmitt EM, Tsoh JY, Dowling GA, Hall SM. Older adults' and case managers' perceptions of smoking and smoking cessation. *J Aging Health* 2005;17(6):717-33.
- (88) O'Connell ML, Freeman M, Jennings G, Chan W, Greci LS, Manta ID, et al. Smoking cessation for high school students. Impact evaluation of a novel program. *Behav Modif* 2004 Jan;28(1):133-46.
- (89) Balch GI. Exploring perceptions of smoking cessation among high school smokers: input and feedback from focus groups. *Prev Med* 1998 Sep;27(5 Pt 3):A55-A63.

- (90) Sheiham A, Moysés SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção da saúde. In: Buischi YP, editor. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2005. p. 23-36.
- (91) Botelho C, Castillo PL, Ayoub LTV. Tabagismo e saúde bucal. J Bras Pneumol 2004 Aug;30(2):72-6.
- (92) Watt RG, McGlone P, Dykes J, Smith M. Barriers limiting dentists' active involvement in smoking cessation. Oral Health Prev Dent 2004;2(2):95-102.
- (93) Malbergier A. Tabagismo. J Bras Dep Quim 2001;2:47-5.
- (94) Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Fumo. Portaria 1575/GM do MS, Brasil, Ministério da Saúde, (2002).
- (95) Maldonado de los Reyes B, Gelpi Méndez JA, Miyar Abreu R, Alba Carcaces Y, Martínez Fernández F. Ensayo de intervención para desestimular el hábito de fumar en un área de salud. Rev Cubana de Medicina 1992 Apr;8(2):152-5.
- (96) Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. Psychotherapy: theory, research and practice 1982;19(3):276-88.
- (97) Groner J, Ahijevych K, Wewers ME. Process evaluation of a nurse-delivered smoking relapse prevention program for new mothers. J Community Health Nurs 2005;22(3):157-67.
- (98) Milagres A. Rio de Janeiro 2004 [cited 2005 Jul 23];37 Available from: URL: www.cigarro.med.br/cap37.htm
- (99) Cornuz J. Smoking cessation intervention in clinical practice. Onkologie 2002 Oct;25(5):404.
- (100) Piasecki TM, Fiore MC, McCarthy DE, Baker TB. Have we lost our way? The need for dynamic formulations of smoking relapse proneness. Addiction 2002 Sep;97(9):1093-108.
- (101) Kviz FJ, Clark MA, Crittenden KS, Freels S, Warnecke RB. Age and readiness to quit smoking. Prev Med 1994 Mar;23(2):211-22.
- (102) Gonzales RMB, Beck CLC, Denardin ML. Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem. Santa Maria: Pallotti; 1999.
- (103) Kim SS, Son H, Nam KA. Personal factors influencing Korean American men's smoking behavior: addiction, health, and age. Arch Psychiatr Nurs 2005 Feb;19(1):35-41.
- (104) Sharp L, Tishelman C. Smoking cessation for patients with head and neck cancer: a qualitative study of patients' and nurses' experiences in a nurse-led intervention. Cancer Nurs 2005 May;28(3):226-35.
- (105) Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Educação em saúde: planejando as ações educativas. Teoria e prática. Manual para operacionalização das ações educativas no SUS - São Paulo. São Paulo 2001 [cited 2004 Jul 14];1-115. Available from: URL: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/educacao.pdf.
- (106) Elmôr MRD. Tabagismo sob a ótica da promoção de saúde: meu filho como fumante passivo [dissertação]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.
- (107) Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.

- (108) Valenzuela M, Manríquez L, Arellano C. Cambio de actitud frente a los riesgos: impacto de la educación en autocuidado. *Cient Asoc Chil* 2000;4(2):31-9.
- (109) Ferrari MBG, Bozzetti MC. Impacto do programa de prevenção do tabagismo na escola [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
- (110) Dijkstra A, Brosschot J. Worry about health in smoking behaviour change. *Behav Res Ther* 2003 Sep;41(9):1081-92.
- (111) Hammar H, Carlsson F. Smokers' expectations to quit smoking. *Health Econ* 2004 Aug;32(Epub ahead of print).
- (112) Netemeyer RG, Andrews JC, Burton S. Effects of antismoking advertising--based beliefs on adult smokers' consideration of quitting. *Am J Public Health* 2005 Jun;95(6):1062-6.
- (113) Chen MS Jr, Ferketich AK, Moeschberger ML, Wewers ME. Preparing the "Ground War" against tobacco among Chinese Americans in New York City: baseline data. *Asian Am Pac Isl J Health* 2001;9(1):88-94.
- (114) Munafo M, Rigotti N, Lancaster T, Stead L, Murphy M. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients: a systematic review. *Thorax* 2001;56:656-63.
- (115) Kinoshita T, Nakamura M, Chikamoto Y, Masui S, Hasuo S, Kinoshita Y, et al. Identifying perceived needs among nurses in providing their patients with smoking cessation support in a Japanese hospital results from focus group interviews. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 2002 Jan;49(1):41-51.
- (116) Hammond D, Fong GT, McDonald PW, Brown KS, Cameron R. Graphic Canadian cigarette warning labels and adverse outcomes: evidence from Canadian smokers. *Am J Public Health* 2004 Aug;94(8):1442-5.
- (117) Goldman LK, Glantz SA. Evaluation of antismoking advertising campaigns. *JAMA* 1998 Mar 11;279(10):772-7.
- (118) Emery S, Wakefield MA, Terry-McElrath Y, Saffer H, Szczypka G, O'Malley PM, et al. Televised state-sponsored antitobacco advertising and youth smoking beliefs and behavior in the United States, 1999-2000. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159(7):639-45.
- (119) Hunt JM, Lumley J. Are recommendations about routine antenatal care in Austrália consistent and evidence-based? *Med J* 2002;176:255-9.
- (120) Oliveira MVC, Sales MPU. Tabagismo passivo. *J Bras Pneumol* 2004 Aug;10(2):65-71.
- (121) Lowe JB. Behavioral approaches in tobacco control. *Magy Onko* 2001;45(2):129-32.
- (122) Chalmers K, Seguire M, Brown J. Tobacco use and baccalaureate nursing students: a study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. *J Adv Nurs* 2002 Oct;40(1):17-24.
- (123) Batra V, Patkar AA, Weibel S, Leone FT. Tobacco smoking as a chronic disease: notes on prevention and treatment. *Prim Care* 2002 Sep;29(3):629-48.
- (124) Le Houezec, Sawe U. Smoking reduction and temporary abstinence: new approaches for smoking cessation. *J Mal Vasc* 2003 Dec;28(5):293-300.
- (125) Maslow AH. *Motivation and personality*. 2 ed. New York: Harper & How; 1970.

- (126) Silva DMGV, Souza SS, Francione FF, Meirelles RHS. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 Jan;13(1):7-14.
- (127) Ferriani MG, Dias TS, Martins CS. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Rev Bras Saúde Materno Infant* 2005 Jan;5(1):27-33.
- (128) Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MER. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de flanagan. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002 Nov;10(6):757-64.
- (129) Sdra S, Mariane L. Faigue in chronic illness: the esperience of individuals with chronic obstructive pulmonary disease and with asthmas. *J Adv Nurs* 1999;30(2):469-78.
- (130) Rimer BK, Orleans CT. Tailoring smoking cessation for older adults. *Cancer* 1994 Oct 1;74(7 Suppl):2051-4.
- (131) Centers for Disease Control and Prevention. Women and smoking: a report of the Surgeon. General 2001 [cited 2005 Mar 17]; Available from: URL: http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_forwomen/ataglance.htm
- (132) Kendrick J, Merritt RK. Women and smoking: an update for the 1990s. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:528-35.
- (133) Siener K, Malarcher A, Husten C. Women and smoking: patterns, health effects, and treatments. Office on smoking and health. *CDC* 2000;7:77-84.
- (134) Brasil, INCA. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Brasília 2004 [cited 2006 May 18]; Available from: URL: http://www.inca.gov.br/tabagismo/31maio2004/tabag_br_folheto_04.pdf
- (135) Brasil, INCA. Legislação federal sobre o tabaco no Brasil. Brasília 2005 Available from: URL: www.inca.gov.br/tabagismoframeset.aspitem=economia&link=leisfederais.pdf
- (136) Klerman LV, Rooks JP. A simple, effective method that midwives can use to help pregnant women stop smoking. *J Nurs Midwifery* 1999;44:118-23.
- (137) Farkas AJ, Gilpin EA, White MM, Pierce JP. Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA* 2000;284:717-22.
- (138) Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, Orleans CT, Barker DC, Ruel EE. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *CA Cancer J Clin* 2003;53:102-23.
- (139) Roseby R, Aters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *The Cochrane library* 2004;(1).
- (140) Menezes AMG, Hallal PC, Silva F, Souza M, Paiva L, D'Ávila A, et al. Tabagismo em estudantes de medicina; tendências temporais e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2004;30:223-8.
- (141) Pinilla J, Gonzalez B, Barber P, Santana Y. Smoking in young adolescents: an approach with multilevel discrete choice models. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:227-32.
- (142) Denham SA, Meyer MG, Toborg MA. Tobacco cessation in adolescent females in Appalachian communities. *Fam Community Health* 2004;27(2):170-81.

- (143) Doll R, Crofton J. Tobacco and health. *Br Med Bull* 1996;52:22-34.
- (144) Polit D, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos em pesquisa em enfermagem. 5 ed. Porto Alegre: ArtMed; 2004.
- (145) Bogdan RC, Biklen SK. Qualitative research for education: an introduction for theory end methods. 3 ed. Boston: Allyn and Bacon; 1998.
- (146) Goldim JR. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. 2º ed. Porto Alegre: Dacasa; 2000.
- (147) Cortes SMV. Técnica de coleta e análise qualitativa de dados. Pesquisa social empírica:métodos e técnicas.Porto Alegre: Caderno de sociologia; 1998. p. 11-47.
- (148) Goldenberg M. A arte de pesquisar; como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 2ª ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Record; 1997.
- (149) Tomasi NG, Yamamoto R. Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais. Curitiba: 1999.
- (150) Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994.
- (151) Bogdan R, Biklen S. Investigação qualitativa em educação. Portugal: 1994.
- (152) Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989;12:159-82.
- (153) Triviños A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
- (154) Nunes MLT. Entrevista Psicológica. In: Cunha JA, editor. Psicodiagnóstico - R.Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 29-50.
- (155) Blaxter L, Hughes C, Tight M. How to do research. Berkshire. England: 2001.
- (156) Delhomme P, MeyerT. La recherche em psychologie sociale-Projects, méthodes et techniques. Paris: 2002.
- (157) Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: 2003.
- (158) Denscombe M. The good research guide for small scale social research projects. Berkshire. England: 2003.
- (159) Bardin L. Análise de conteúdo. 1ª ed. Lisboa: Edições 70; 1977.
- (160) Lei dos direitos autorais. Lei 9610 de 19 de novembro de 1998, Brasil, Ministério da Justiça, (1998).
- (161) Moraes R. Uma experiência de pesquisa coletiva: introdução à análise de conteúdo. In: Grillo MC, Medeiros MF, editores. A construção do conhecimento e sua mediação metodológica.Porto Alegre: EDIPUCRS; 1998. p. 1-264.
- (162) Olabuenaga JIR, Ispizua MA. La descodificacion de la vida cotidiana: metodos de investigacion cualitativa. Universidad de deusto ed. Bilbao: 1989.

7 ARTIGOS

7.1 ARTIGO CIENTÍFICO 1

7.1.1 Versão em português

Fatores de sucesso no abandono do tabagismo para indivíduos de Porto Alegre/RS^a Successful factors in smoking cessation for individuals from Porto Alegre/RS

Isabel Cristina Echer^I, Sergio Menna Barreto^{II}, José Roberto Goldim^{III}, Maria Tiellet Nunes^{IV}, Giordana Pinheiro da Motta^V.

^IProfessora assistente da Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. ^{II}Professor titular do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Chefe do Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil. ^{III}Biólogo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Professor adjunto da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, RS, Brasil. ^{IV}Professora titular da Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, RS, Brasil. ^VEstudante de graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, bolsista de iniciação científica. Porto Alegre, RS, Brasil.

Parte da tese de doutorado intitulada “Fatores de sucesso no abandono do tabagismo”, a ser apresentada no Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. RS. 2006.

Correspondência:

Isabel Cristina Echer

Rua São Luiz 700 apto. 504. Porto Alegre, RS . CEP: 90620 – 170

E-mail: isabel.echer@terra.com.br

Projeto de nº 03-493 – Parcialmente financiado pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

^a Artigo encaminhado à Revista de Saúde Pública em agosto de 2005, recebido para ajustes em junho de 2006 e reencaminhado em julho com o número 5913.

RESUMO**Objetivo**

Investigar fatores que possam contribuir para o abandono do tabagismo.

Método

Estudo qualitativo, no qual foram entrevistados dez indivíduos de Porto Alegre que pararam de fumar há mais de seis meses, com dependência à nicotina ≥ 5 pela escala de Fagerström. As informações foram examinadas por Análise de Conteúdo, por meio das etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Resultados e Discussão

O abandono do tabagismo resultou de um conjunto de fatores, sendo foco deste artigo a *determinação* (querer parar e dificuldade de parar de fumar), o *apoio recebido* (profissional, familiar, social e espiritual e em curso e grupos de apoio específicos) e os *benefícios relacionados ao parar de fumar* (autoestima, aparência pessoal e ambiente físico, capacidade física e valorização da vida)

Considerações finais

Os resultados sugerem que a determinação do fumante de querer parar de fumar, aliada ao apoio de segmentos da sociedade e os benefícios advindos deste ato são fatores que auxiliam no processo de abandono do tabagismo.

Descritores

Tabagismo. Abandono do hábito de fumar. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT**Objective**

To investigate factors to quit smoking.

Method

Qualitative study in which ten individuals from Porto Alegre who have ceased smoking for more than six months, with a nicotine addiction of ≥ 5 according to Fagerström scale, were interviewed. Information was examined through Content Analysis according to the following steps: preanalysis, material investigation and results treatment.

Results and Discussion

Smoking cessation was a consequence of a group of factors, with *determination* (the will to cease smoking and the difficulty to cease smoking), the *received support* (occupational; family; social, and spiritual, and through a specific course and support groups), and the *benefits from smoking cessation* (selfesteem, personal look, physical environment, physical activity and life appreciation) as the focus of this article.

Final considerations

The results suggest that the smoker's determination to cease smoking together with the support of society segments, and the benefits from that as well are helpful factors in the smoking cessation process.

Keywords

Smoking. Smoking cessation. Qualitative research.

INTRODUÇÃO

O tabagismo constitui problema de saúde pública mundial, comprometendo a vida de fumantes e dos indivíduos expostos ao fumo e à poluição ambiental. Anualmente, morrem cerca de 4 milhões de pessoas em todo o mundo de doenças relacionadas ao tabaco. Se não forem tomadas medidas adequadas, em torno do ano 2020 o tabagismo será responsável por 10 milhões de mortes/ano. Desses óbitos, 7 milhões ocorrerão nos países em desenvolvimento^{b,1}

Dentre as possibilidades para dissuadir o início ou promover o afastamento do tabagismo, encontram-se a abordagem cognitivo-comportamental, a farmacoterapia, o acompanhamento clínico, os grupos terapêuticos e o apoio da família.² Embora cerca de 80% dos fumantes desejem parar de fumar, apenas aproximadamente 3% conseguem sem ajuda, o que evidencia o papel da equipe de saúde e da sociedade na promoção de incentivos que estimulem o cessar de fumar.³ Acredita-se que o conhecimento e a compreensão de fatores associados ao abandono do tabagismo podem fornecer subsídios para incrementar a adesão dos fumantes à decisão de parar de fumar, bem como reduzir o número de jovens que se iniciam no uso do tabaco.

Apesar das freqüentes campanhas de incentivo ao abandono do cigarro, pouco se sabe sobre os reais motivos que levam uma pessoa a abandonar essa dependência. Diante disso, desenvolveu-se um estudo para investigar fatores de sucesso no abandono do tabagismo. Neste artigo, abordam-se três categorias relatadas pelos entrevistados como favorecedores do abandono do tabagismo: determinação do fumante em querer parar, apoio recebido e benefícios associados.

MÉTODO

Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, com dez indivíduos de Porto Alegre/RS, recrutados intencionalmente junto à comunidade. A definição desse número ocorreu pela saturação dos dados.⁴ Os critérios de inclusão foram ter parado de fumar há mais de seis meses e dependência à nicotina ≥ 5

^b World Health Organization. The future. Geneva: WHO, 2004. Disponível em URL: <http://www.who.int/tobacco/en/atlas38.pdf>. [2006 jan 30].

pela escala de Fagerström^{c.5}. Todos manifestaram sua concordância em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. A captação dos sujeitos se deu por intermédio de cartazes, divulgação entre amigos e indicação dos próprios participantes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As entrevistas, semi-estruturadas, foram realizadas pela autora principal na residência ou local de trabalho dos participantes, gravadas em áudio, com duração média de 80 minutos. A partir da questão “Como você conseguiu parar de fumar?”, foram abordados motivos da decisão, estratégias utilizadas, mudanças de hábitos, recaídas e vivência de não fumar.

Após a transcrição, as entrevistas foram examinadas pela Análise de Conteúdo⁴, envolvendo exploração, sistematização e operacionalização das informações, classificando e recortando as falas pela diferenciação e, posteriormente, pela agregação em unidades de significado, culminando com a interpretação das categorias e possíveis explicações para o fenômeno investigado.

A confirmação das informações se deu por meio do mecanismo de conferência com pares e pela participação de um revisor externo, todos com experiência na realização de pesquisa qualitativa e análise de conteúdo.

Visando manter o anonimato, os depoimentos foram identificados por códigos numéricos que distinguem as entrevistas e a pontuação na escala de Fagerström (exemplo: E1F5 - entrevistado número 1; pontuação 5 na escala).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os entrevistados tinham idade entre 29 e 62 anos, média de 48,5 anos, e apresentavam grande diversidade quanto à profissão e ao grau de escolaridade: desde ensino fundamental completo até pós-graduação. O início do uso do fumo ocorreu entre 11 e 22 anos de idade. A duração do hábito variou de 10 a 40 anos, média de 29,9 anos, e a quantidade de cigarros por dia situou-se entre 15 e 35, média de 24,9 cigarros, com escore na escala de Fagerström de 5 a 10 pontos, média de 8,2 pontos (Tabela 1).

Os entrevistados pararam de fumar de diferentes formas: com apoio profissional e bupropiona (E2F7, E3F10, E6F10, E7F10, E9F9), com apoio profissional e chiclete de nicotina (E10F10) e os demais não utilizaram tratamento específico. Com relação a tentativas anteriores, fizeram uma tentativa (E3F10, E4F7, E10F10), duas (E2F7, E7F10, E9F9), três (E5F6), e os demais, nenhuma. O período de abstinência, por ocasião da entrevista, oscilou de 8 meses a 4 anos. Acredita-se que o viés de lembrança não tenha acontecido, uma vez que eles próprios nos procuraram, tamanha a representação de parar de fumar em suas vidas.

^c Medida quantitativa para dependência à nicotina, sendo índices de 0 a 4 classificados como dependência leve, 5 a 7 dependência moderada e 8 a 10 dependência grave.

Os discursos sugerem que, para os entrevistados, abandonar o tabagismo significou querer parar de fumar e, depois, transpor a barreira da dependência, para o que foi preciso determinação e apoio, para, só posteriormente, sentir os benefícios advindos do parar de fumar.

Determinação de abandonar o tabagismo

Determinação significa, neste estudo, a força que leva os fumantes a perseverar na sua decisão de ficar longe do fumo a despeito das adversidades. Os depoimentos dos entrevistados revelam a dificuldade do processo de parar de fumar e a determinação necessária para permanecer longe do cigarro. Esta categoria foi dividida em duas subcategorias:

Querer parar de fumar

Os entrevistados apontaram como determinante a decisão do próprio indivíduo em parar de fumar e referem que os grupos familiar e social podem motivar, apoiar e auxiliar:

Eu decidi vou para [...] parei e pronto [...] o mais importante é ter força de vontade. E1F5

Se não tiver força de vontade, tu não vais conseguir nunca, nem com o tratamento... E5F6

Tem que estar decidida, pois tem que ter força de vontade, porque o remédio ajuda, mas ele não trabalha sozinho. E6F10

Eu acho que a minha determinação foi perseverante e, em segundo, o aviso dos médicos [...] se não tivesse a minha vontade, eu não conseguiria [...]. E10F10

Os depoimentos mostram que a decisão de abandonar o fumo está associada à reflexão, vontade e determinação pessoal.

Outros estudos apontam que a motivação pessoal é um dos fatores mais importantes na cessação do tabagismo. Conseguir que o indivíduo comece a pensar em parar de fumar é um grande passo para que ele efetivamente deixe de fumar.⁶⁻⁸

É necessário desenvolver ações para motivar e apoiar à cessação do tabagismo, que é o melhor e mais barato meio de prevenção, tratamento e cura de várias doenças associadas ao hábito de fumar. Estas ações têm importante impacto na melhoria da qualidade de vida das populações.

A determinação de parar de fumar dos entrevistados teria sido, segundo eles próprios, motivada por vários fatores (Tabela 2). Os motivos revelam influências de outras pessoas na decisão de parar de fumar, como de familiares, amigos e meios de comunicação social, sugerindo a importância do papel da comunidade na motivação individual. Outros autores referem que é imprescindível reforçar a motivação dos fumantes, assim como trabalhar em conjunto com familiares e amigos no sentido de encorajá-los em sua decisão.⁸

Visto que a motivação é fator preponderante, a ação dos profissionais de saúde deve apoiar os fumantes a deixar de fumar e também alertar sobre os riscos de fumar e os benefícios de parar.⁷ Isso

impede que os fumantes ou seus familiares saiam de uma consulta com a impressão de que fumar não acarreta danos à saúde.

Dificuldade em parar de fumar

Os entrevistados relatam que não voltam a fumar devido ao sofrimento intenso do processo de parar de fumar, que implicou em relacionamento agressivo com as pessoas, não estar bem consigo mesmo, sentimento de fracasso e a sinalização do recomeçar no simples ato de colocar um cigarro na boca:

Eu não volto a fumar, nunca mais vou fumar. Não é porque o cigarro faz mal, é somente para não passar pelo sofrimento por que eu passei ao parar de fumar. E2F7

Eu não boto um cigarro na boca, pois se eu botar um na boca, vou querer fumar. Sabe por que eu me sustento nessa? Porque é muito difícil parar de fumar[...]. E3F10

Aquelas três primeiras semanas foram terríveis. Eu brigava com o cachorro, brigava com as paredes, estava brigando com tudo, foi horrível [...]. Tem que ter muita persistência. E10F10

Para os entrevistados, manter o controle sobre seu comportamento entre ter prazer em fumar e reconhecer os malefícios do cigarro foi verbalizado como “uma batalha que precisa ser vencida” e, para tal, é preciso muita determinação.

A recaída não deve ser vista como um fracasso, mas como um momento de reflexão sobre os fatores que os levaram a recair e melhor prepará-los para a próxima tentativa.⁹ Durante esta pesquisa, os entrevistados tiveram momentos de recaída, fato que os motivou a procurar ajuda profissional. A abordagem cognitivo-comportamental pode auxiliar no apoio aos fumantes, ao combinar intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais visando ao abandono e à prevenção de recaídas.^{7;9} Isso propicia que o fumante torne-se um agente de mudança de seu próprio comportamento.

A despeito do sofrimento relatado pelos entrevistados, é possível perceber que é intensa a satisfação e o orgulho demonstrados por terem parado de fumar, um ato que acarretou benefícios às suas vidas.

Apoio recebido

Os entrevistados relataram a necessidade de contar com apoio profissional, familiar, social e espiritual, de utilizar medicação e freqüentar cursos e grupos específicos, condições que constituem estratégias para vencer a dependência à nicotina. Esta categoria foi subdividida em três subcategorias:

Acompanhamento de profissionais capacitados e utilização de medicação

O acompanhamento profissional foi descrito como um importante fator durante o abandono do tabagismo, assim como a utilização de medicamentos coadjuvantes desse processo.

O fato de as intervenções para interromper o uso do tabaco ainda não estarem integradas e disponíveis nas rotinas de saúde e o descrédito de alguns profissionais quanto aos tratamentos para a dependência da nicotina, constituem alguns empecilhos para a cessação do fumar.^{8;10}

As intervenções, contudo, revelam o seu potencial, conforme depoimentos que evidenciam a importância do acompanhamento profissional e os benefícios da utilização de medicação:

Não adianta, a gente mesmo tem que estipular um prazo, o cigarro tem que incomodar a gente [...] sozinha não ia conseguir e resolvi procurar ajuda. Eu fiz acompanhamento com profissional [...]. O remédio ajuda bastante, pois aquela fissura, aquele desespero ele tira [...]. E2F7

Acredito que o remédio ajudou muito [...]. O profissional de saúde tem de mexer com a vontade [...] tomei remédio durante um ano. E3F10

Simplesmente pelo esforço eu não teria conseguido. Busquei uma colega que trabalha com tabagismo para me dar um suporte. Foi ela que me receitou o remédio [...]. Foi fundamental o medicamento [...] depois de 5 dias eu não tinha mais vontade e parei de comprar cigarro. E7F10

O médico dizia: quando tu te propõe, não pára nunca de tentar, morra tentando, mas não desiste, vai atrás daquilo que tu quer [...]. E9F9

As falas revelam que o apoio de um profissional preparado parece ser de grande valia para vencer etapas como voltar às consultas médicas, usar de maneira correta a medicação e pedir mais auxílio se assim desejar. E também, refletem o discurso dos profissionais em suas abordagens de “estipular uma data” e “manter-se determinado”, o que parece atuar de forma a mobilizar os fumantes.

Acredita-se que as estratégias de abordagem devem valorizar os aspectos próprios da idade, focando o estilo e a qualidade de vida, e o reforço de atitudes e habilidades para enfrentar as situações que levam ao tabagismo.

A partir das entrevistas, percebe-se a necessidade da participação de profissionais de saúde das diferentes áreas e da população em geral na implementação de programas para apoio à cessação do tabagismo. Isso implica a necessidade de considerar esse hábito uma doença crônica, que pode envolver fases de remissão e recidiva.

É recomendado aproveitar alguns momentos especiais para estimular o abandono do tabagismo, como a gestação e o período de hospitalização, assim como adotar abordagens distintas dependendo da faixa etária.^{6;10-12} É também importante trabalhar o ambiente social do fumante para que familiares, amigos e colegas de trabalho possam ajudar.^{7;9;13}

Curso e grupos de apoio específicos

Participar de cursos e/ou grupos de apoio foi identificado como uma estratégia eficiente para uma vida longe do cigarro:

Gostei em especial daquele curso, achei que as palestras são muito coerentes, muito pertinentes, acho que os profissionais são muito bem articulados, muito bem preparados. E3F10

Acho que grupo ajuda muito [...]. Porque as trocas de experiências são muito importantes [...]. Uma senhora saiu na chuva para buscar cigarro [...] estava envergonhadíssima, só quem fuma entende isso [...]. E9F9

Eu não tinha conhecimento de todos os detalhes [...] para parar de fumar e vim a conhecer no grupo [...]. Pensou em parar de fumar, vá procurar um grupo, uma equipe que sabe. E10F10

Um importante aspecto para quem é dependente da nicotina é a dificuldade de explicar aos outros como se sente. “Só quem fuma entende a dificuldade que a pessoa enfrenta para não fumar”. Para os entrevistados, a participação em grupos de ajuda é especial porque os seus integrantes vivem o mesmo problema, têm as mesmas dificuldades e carências. De acordo com as falas, a participação em curso e grupos de apoio parece ter sido efetiva ao orientar o fumante, apresentar-lhe caminhos e oportunizar o reforço da vontade para abandonar o fumo.

Apoio familiar, social e espiritual

Parar de fumar parece não ter sido uma experiência fácil; para vencê-la, o apoio familiar, social e espiritual foi referido pelos entrevistados como importante. Assim, entende-se que o interesse de pessoas próximas em ajudar contribui para a superação de dificuldades, e esse apoio esteve presente:

Meu neto tinha 6 anos. Ele via as campanhas na TV [...] dizia: “Vó, você já percebeu que a TV está dizendo que o cigarro mata!” Aquilo me doía lá no fundo [...]. ele dizia que não queria que eu morresse. Aquilo calava fundo e foi ajudando. E6F10

A mãe sempre questionava [...] minha irmã também [...] elas me levaram a parar de fumar, me conscientizando [...] e eu tinha uma namorada que era anticigarro [...]. Ele (um amigo) disse para eu cuidar e nunca fumar o primeiro cigarro da manhã e foi o que eu fiz. E8F8

Acho que a diferença está no acolhimento, em fazer com que as pessoas que convivem com o fumante o ajudem a parar de fumar [...]. E7F10

Tem algo que é muito importante, que é a colaboração da família e do entorno para o abandono de qualquer tipo de vício. As pessoas colaboraram comigo [...]. E10F10

Para alguns, as crenças também parecem ter tido uma influência importante no abandono do tabagismo:

Sou espiritualizada [...] quando chega um momento em que a gente não consegue, acho que [...] tem até que rezar para pedir. O rezar ajuda muito. E3F10

Eu meditava muito. Acredito que a necessidade dessa vontade de fumar é questão de segundos [...] aprendi a me educar nesse sentido. E4F7

Os depoimentos mostram a necessidade de apoio para acordar enquanto é tempo e evitar danos à saúde, e de respeito ao ritmo individual da pessoa para deixar o cigarro e a importância de evitar ambientes em que outros fumem.

Benefícios relacionados ao parar de fumar

Para os participantes deste estudo, perceber-se com melhores condições de saúde e rendimento do corpo parece ter contribuído para o abandono do tabagismo, o que vai ao encontro da literatura quando refere que, com a redução da exposição ao fumo, os benefícios à saúde são

visíveis.¹⁴ Fazendo uma comparação com os estágios de mudança de Prochaska e DiClement¹⁵, pode-se inferir que os benefícios de parar de fumar atuam de forma a prevenir a recaída. Essa categoria foi dividida em quatro subcategorias.

Auto-estima

Para Maslow, a satisfação da necessidade de auto-estima leva o indivíduo a sentir-se confiante (no seu valor, força, capacidade e adequação), mais útil e necessário ao mundo.¹⁶

A melhora na auto-estima foi expressa pelo amor próprio e o agradar a si mesmo, e isso parece ter um valor importante nesse processo. Segundo os participantes, “é preciso se gostar” para buscar coisas que venham em benefício pessoal:

No momento em que se gosta da gente, tem uma energia melhor [...]. A minha auto-estima melhorou [...] depois que eu parei de fumar nunca mais tive depressão, isso [...] me estimula e me incentiva a não voltar a fumar [...] fiquei muito orgulhosa. E3F10

A gente só tem uma vida para viver, e, se tu não te amar, não te respeitar nessa vida, ninguém pode fazer isso por ti. Parar de fumar é o primeiro passo. E4F7

Vale a pena, porque a tua auto-estima melhora [...] tens que te amar. É estimulante de tudo que é jeito [...] me dei muitos presentes quando estava deixando de fumar, [...] livros, [...] prazeres, a pintura do apartamento, fazia negociações. Eu ia ao cinema. E9F9

Para os entrevistados, o abandono do tabagismo foi traduzido como “viver conscientemente”, reconhecendo agora os malefícios do cigarro e persistindo na sua decisão.

A perda da autodeterminação, para Silva *et al.*, contribui para diminuir a auto-estima, pois muitas vezes as pessoas se sentem culpadas por terem, por exemplo, ficado expostas ao cigarro, sabendo que deveriam evitá-lo.¹⁷ Para os entrevistados, voltar a ter autonomia é saudável, inerente à natureza humana, e os leva a se presentear pela conquista, agradando a si próprios.

A melhora na auto-estima também aparece através dos sentimentos de orgulho, vitória e auto-respeito desses indivíduos por terem conseguido ficar longe do cigarro, conquista que poucos alcançam. Por ser difícil, manifestam desejo de comemorar. Esses sentimentos foram relatados em todas as entrevistas:

Eu sinto orgulho de mim [...] eu fui mais forte que o cigarro. E2F7

Sinto-me ótimo [...]. Um sentimento de vitória, de conquista. Sinto-me um vitorioso. E8F8

O conseguir abandonar o tabagismo parece ter gerado nos participantes mais autoconfiança, auto-respeito, orgulho, responsabilidade sobre si, sua saúde e sua vida, como também levou-os a aprender novos comportamentos, o que foi expresso como “uma vitória em suas vidas”.

Aparência pessoal e ambiente físico

A construção da identidade pessoal inclui, necessariamente, a relação com o próprio corpo que se faz através da imagem corporal.¹⁸ O abandono do tabagismo trouxe para os entrevistados o

benefício de poder se ver com uma aparência melhor e ser percebido desta forma, o que parece ter sido estimulante e atuado para melhorar a auto-imagem.

Voltar a sentir o cheiro das coisas trouxe sentimentos de repugnância e desprezo pelo cigarro e colaborou para que essas pessoas optassem por não fumar. Os participantes destacam como fatores que os animam a seguir neste caminho: não precisar lavar a roupa sempre após usá-la; sentir o gosto dos alimentos e o cheiro do xampu; poder manter a casa fechada; ser percebido e perceber-se com melhor aparência do cabelo, pele, unhas e dentes:

Eu me sinto muito bem [...] é tão bom balançar o cabelo e sentir o cheirinho de xampu [...] vestir uma roupa de novo sem precisar lavar [...] estar em casa sem estar tudo aberto [...] ficar em casa com a janela fechada [...] acho isso encantador [...] sentir mais o gosto do alimento, ter mais o prazer do olfato [...]. Os dentes ficavam feios. E3F10

Eu me olho no espelho e eu gosto. As pessoas me olham e dizem: Como tu mudaste! O que tu fez com a tua pele, com o cabelo? [...] digo que não fiz nada, apenas parei de fumar [...]. E6F10

Aqueles que abandonam o cigarro no início dos seus 30 anos gozam de uma expectativa de anos de vida similar aos que nunca fumaram.¹⁴ E, como se pode constatar nos depoimentos, todos os participantes sentem-se bem, mais saudáveis, felizes com os elogios que recebem nos relacionamentos sociais sobre a sua aparência física e pela atitude de ter parado de fumar. Satisfeitos consigo mesmos, e usufruem os benefícios conquistados com o abandono do tabagismo.

Ainda em relação ao ambiente, é preciso enfatizar que poluição tabágica ambiental é maior em ambientes fechados e que o tabagismo passivo é a 3ª maior causa de morte evitável no mundo^d. Por isso, é relevante estimular os diversos setores da sociedade a desenvolverem uma política de proteção aos não-fumantes e de incentivo à cessação do tabagismo.

Capacidade física

O rendimento na prática do exercício físico e de outras atividades, percebendo-se com mais disposição, mais força e melhora na reação do seu organismo, foi tido como importante no abandono do fumo:

Comecei a caminhar [...]. Eu não vinha no súper a pé que é duas quadras [...]. Agora [...] melhorou bastante. E2F7

De uma parada para outra [...] pegava ônibus [...]. Hoje tenho mais capacidade. Eu subia qualquer lombinha e sentia que estava com os batimentos [...] mais rápidos. Agora [...] vou longe e não sinto nada. Independente da caminhada fui fazer musculação [...] ginástica aeróbica [...] nada disso fazia antes [...]. E6F10

Me sinto melhor [...] bem melhor [...]. não conseguia ir à padaria buscar um pão que faltava o ar e agora estou fazendo uma caminhada de 45 minutos 3 vezes por semana, quando pensaria nisso? E10F10

O fumante freqüentemente subestima os riscos do fumo, pois acredita ser imune aos seus malefícios, nega os sintomas de doenças já existentes, está pouco motivado para abandonar o hábito

^d World Health Organization. Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva: WHO, 2004. Disponível em URL: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/en/building_blocks_1.pdf. [2006 fev 07].

ou se acha incapaz de fazê-lo.¹⁹ A perda de força e de estímulo para realizar atividades diárias pode ser percebida como perda de prazer e, com o abandono do tabagismo, os participantes referiram sentir a volta progressiva de sua capacidade física.

Adotar hábitos saudáveis, como atividades físicas e alimentação equilibrada, é recomendado ao deixar de fumar.⁷ O fumo está relacionado a doenças respiratórias, seja como causador, seja como agravante, mas é percebido pelos participantes como fonte de prazer, um “amigo”, um “companheiro”, embora reconheçam os malefícios dessa prática à sua saúde. A troca do cigarro pelos benefícios do abandono constitui uma troca de prazeres, tendo o último, porém, a vantagem de proporcionar uma vida saudável.

A reconquista da sua autonomia, a prática de atividades físicas e a volta a uma vida sadia são fatores que parecem ter estimulado os entrevistados a permanecerem longe do cigarro.

Valorização da vida

Parar de fumar parece exigir dos entrevistados uma luta constante para superar as imposições oriundas da dependência à nicotina e a necessidade de reencontrar e controlar sentimentos e emoções. Sugere ser uma opção de indivíduos que passaram a enxergar a vida de outra maneira, na qual a saúde adquire um valor inestimável, e o cigarro aparece, então, com todos os seus malefícios. Para Santos *et al.*, fumantes que compreendem os malefícios do cigarro estão mais propensos a abandonar o tabagismo.²⁰

Neste estudo, a maneira como os participantes percebem a sua qualidade de vida sem o cigarro indica que é possível viver sem ele e ser feliz. A vivência do abandono do tabagismo foi permeada pelo processo de reconstrução de um viver mais saudável, com mais qualidade:

A vida é bela parando de fumar [...] vale a pena se dar esse prazer. O fumante acha que, parando de fumar, acabou a vida, era assim que pensava [...] é possível ser feliz [...] parando de fumar [...]. E3F10

Resolvi que queria ter mais qualidade de vida [...] resolvi parar de fumar [...] antes de ter qualquer doença [...] digo para as pessoas que, se eu consegui, qualquer pessoa consegue [...]. Me sinto muito bem. É prazeroso demais saber que a minha qualidade de vida é outra [...]. E9F9

Qualidade de vida significa a forma positiva do indivíduo se perceber no contexto da cultura e sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações^e. O reconhecimento do que é realmente importante para suas vidas, acreditando num futuro melhor, é um elemento que contribui para a qualidade de vida.¹⁷

A qualidade da morte também foi verbalizada nos depoimentos como uma necessidade da dignidade humana, pois não querem morrer com falta de ar e/ou responsáveis por seu problema de saúde:

Eu botei na cabeça que iria parar e, se morresse, ia morrer com dignidade, isso sempre eu pensava. E3F10

^e World Health Organization. Department of Mental. Health Protocol for new centers WHOQOL. Genebra: WHO; 1994. Disponível em URL: <http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/documents/WHOQOL-BIBLIOGRAPHY.pdf>. [2006 jun 22].

Quando tomei a decisão, disse que nada ia me fazer mudar [...] vou deixar de fumar porque quero ter uma qualidade de morte pelo menos [...]. Uma vez vi um senhor dizer que estava escolhendo uma boa morte, também acho que estou [...] porque pelo menos não vou morrer sufocada [...]. Do que vou morrer não interessa, estou tendo qualidade de vida. E9F9

A falta de energia para manter atividades cotidianas é destacada como tendo impacto negativo na qualidade de vida das pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica.²¹ A fadiga e o cansaço prejudicam a realização de atividades físicas, como causam irritabilidade e frustração, podendo provocar afastamento das atividades sociais.¹⁷

Os participantes deste estudo perceberam a mudança para melhor que ocorreu em suas vidas depois que pararam de fumar, e relatam o quão estão gratificados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados sugerem que a determinação do fumante de querer parar de fumar, o apoio de vários segmentos da sociedade e os benefícios decorrentes influenciaram o abandono do tabagismo.

Com base na importância da motivação no processo de deixar de fumar, seria muito promissor que todas as oportunidades disponíveis fossem utilizadas para de alguma forma mobilizar as pessoas no abandono do tabagismo e ressaltar que todos podem contribuir para isso, em especial os profissionais da saúde.

As entrevistas permitem compreender que o indivíduo é quem precisa estar consciente da responsabilidade por sua saúde e referem a satisfação e o orgulho dos participantes por terem abandonado o tabagismo e os benefícios que esse ato trouxe para a sua saúde e vida pessoal.

A partir dos resultados, é possível inferir que a determinação de querer parar de fumar foi necessária para esses indivíduos e que todos os outros fatores auxiliaram para que a mudança de comportamento acontecesse.

Com base nos depoimentos, acredita-se que uma das alternativas de educação em saúde a ser realizada pelos profissionais de saúde e pela mídia, visando diminuir a prevalência do tabagismo, é a motivação e ênfase na divulgação dos benefícios advindos do cessar de fumar. Para tanto, pode-se valorizar a participação de fumantes em abstinência como modelos de identificação e referenciais de estratégias de sucesso, como uma contribuição significativa para a implementação de políticas de educação e saúde na prevenção do tabagismo.

Os resultados obtidos ficam restritos a fatores relacionados à amostra, a despeito de se ter procurado diversidade de indivíduos. O estudo limitou-se também por não abordar indivíduos que não conseguiram parar.

REFERÊNCIAS

1. Menezes AMB. Epidemiologia do tabagismo. *J Bras Pneumol* 2004; 30(2):5-7.
2. Repace J, Lowrey A. Indoor air pollution, tobacco smoke and public health. *Science* 1980; 208(2):464-72.
3. Cinciprini PM, Hecht SS, Henningfield JE, Manley MW, Kramer BS. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. *J Natl Cancer Inst* 1997; 86:1852-67.
4. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977. p.225.
5. Fagerström KO, Schneider NG, Lunell E. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatment for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology* 1993; 111:271-77.
6. Sant'anna CC, Araújo AJ, Orfaliais CS. Abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. *J Bras Pneumol* 2004; 30(2):47-54.
7. Meirelles RHS, Gonçalves CMC. Abordagem cognitivo-comportamental do fumante. *J Bras Pneumol* 2004; 30(2):30-5.
8. Dórea AJP, Botelho C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol* 2004; 30(2):41-6.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA; 2001. p.31.
10. Haggström FM. Abordagem de grupos especiais: gestantes. *J Bras Pneumol* 2004; 30(2):56-7.
11. Halty LS. Abordagens de grupos especiais: idosos. *J Bras Pneumol* 2004; 30(2):58-61.
12. Pereira LFF. Abordagens de grupos especiais: pacientes hospitalizados. *J Bras Pneumol* 2004; 30(2):62-4.
13. Viegas CCA, Reichert J. Tratamento medicamentoso. *J Bras Pneumol* 2004; 30(2):36-40.
14. Le Houezec, Sawe U. Smoking reduction and temporary abstinence: new approaches for smoking cessation. *J Mal Vasc* 2003; 28(5):293-300.
15. Miller WR, Rollnick S. *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Tradução Andrea Caleffi e Cláudia Dornelles. Porto Alegre: ARTMED; 2001.
16. Maslow AH. *Motivation and personality*. 2th ed. New York: Harper & How; 1970.
17. Silva DMGV, Souza SS, Francione FF, Meirelles RHS. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(1):7-14.
18. Ferriani MG, Dias TS, Martins CS. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Rev Bras Saúde Materno Infant* 2005; 5(1):27-33.
19. Milagres JAS. 2004. Disponível em URL: www.cigarro.med.br/cap37.htm [2006 mai 23].
20. Hammar H, Carlsson F. Smokers' expectations to quit smoking. *Health Econ* 2004; 32.
21. Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoa com doença crônica. *Rev Latino-am Enfermagem* 1996; 4(3):5-18.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de uso do tabaco dos participantes do estudo. Porto Alegre, RS, 2005.

Entre vista	Idade/anos	Sexo	Profissão	Idade, em anos, do início do fumo	Tempo, em anos, de fumo	Quantidade média de cigarro p/ dia	Índice na escala de Fagerström
1	29	M	Estudante universitário	19	10	20	5
2	50	F	Professora de 1º grau	14	33	20	7
3	50	F	Enfermeira	16	31	35	10
4	50	F	Massoterapeuta	15	31	20	7
5	37	M	Zelador residencial	15	19	15	6
6	62	F	Do lar	22	40	33	10
7	48	M	Administrador	11	37	25	10
8	38	M	Impressor gráfico	16	18	26	8
9	62	F	Atriz	17	40	30	9
10	59	M	Propagandista de laboratório	18	40	25	10

Tabela 2. Motivos que contribuíram para o abandono do tabagismo dos participantes do estudo. Porto Alegre, 2005.

Entrevista	Motivos individuais para o abandono do tabagismo
1	Saúde, dinheiro, hábitos sociais saudáveis, restrições sociais ao fumo.
2	Convivência com não-fumantes, privação da companhia de pessoas queridas, saúde, restrições sociais ao fumo, conhecimento sobre os malefícios do cigarro.
3	Homenagem à saúde e ao médico, espiritualidade, convivência com pessoas queridas, restrições sociais ao fumo.
4	Diagnóstico médico (melanoma).
5	Pedidos de filha (7 anos), medo de perder o emprego, saúde, dinheiro, convívio com pessoas queridas.
6	Pedidos de neto (6 anos), internações do marido por enfisema pulmonar, mídia.
7	Perda de autonomia em relação à saúde (prescrição de óculos), perda da disposição física, idade, senso estético olfativo, convivência.
8	Consciência de preservar a saúde, morte de cachorro por agrotóxico, apoio e cobrança dos amigos, da família, da namorada.
9	Morte da irmã por câncer, valorização da vida, saúde, desejo e determinação de parar.
10	Medo de ter amputado os pés e de usar balão de oxigênio.

7.2 ARTIGO CIENTÍFICO 2

7.2.1 Versão em português

Pulmão RJ 2005; 14(3): 220-27

 Original

Informação e campanhas de esclarecimento como fatores de sucesso no abandono do tabagismo

Information and awareness campaigns as success factors in smoking cessation

Isabel Cristina Echer¹, Sergio Menna Barreto²,
José Roberto Goldim³, Maria Lucia Tiellet Nunes⁴

RESUMO

Pulmão RJ 2005; 14(3): 220-27

Introdução: incrementar a adesão dos fumantes à decisão de parar de fumar tem sido um desafio para os profissionais de saúde. O objetivo deste estudo é investigar o papel da informação sobre os malefícios do fumo e o das campanhas de esclarecimento no sucesso de abandono do tabagismo. **Metodologia:** estudo qualitativo, no qual foram entrevistados dez indivíduos que pararam de fumar há mais de seis meses, com dependência média, elevada e muito elevada. As informações foram examinadas pela Análise de Conteúdo. **Resultados:** o abandono do tabagismo foi resultado de um conjunto de fatores, sendo foco deste artigo as categorias informação sobre os malefícios do fumo, subdividida em evidências de prejuízos à saúde e comprometimento com a decisão de parar de fumar, e campanhas de esclarecimento, subdividida em prazer versus culpa e o impacto das campanhas. **Conclusões:** os fatores analisados favorecem o sucesso do abandono do tabagismo porque atuam de forma a reforçar a conscientização e o comprometimento necessários para a tomada de decisão para parar de fumar.

Descritores: abandono do hábito de fumar, comportamento de redução de risco, promoção da saúde.

ABSTRACT

Introduction: increase the amount of smokers that decide to quit smoking has been a challenge to health care professionals. The aim of this study is to investigate the roles of information concerning the harmful effects of smoking and the awareness campaigns as success factors in smoking cessation. **Methodology:** qualitative study in which ten individuals that stopped smoking for over six months were interviewed, who had an intermediate, high, and very high dependency level. The information was examined by Content Analysis. **Results:** smoking cessation was a result of a set of factors and this article gave focus to the categories of *information concerning harmful effects*, evidences of its harm to health and the commitment with the decision to stop smoking; and the *awareness campaigns*, pleasure versus guilt and the impact of the campaigns. **Conclusions:** the factors analyzed in this article favor the success of smoking cessation because they reinforce the conscientiousness and the commitment needed to take the decision to stop smoking.

Keywords: smoking cessation, risk reduction behavior, health promotion.

1. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS.
 2. Professor titular do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina da UFRGS. Chefe do Serviço de Pneumologia do HCPA. Pesquisador-bolsista do CNPQ.
 3. Biólogo do HCPA. Professor adjunto da Faculdade de Medicina da PUCRS.
 4. Professora titular da Faculdade de Psicologia, PUCRS.
- Local de realização: Parte da tese de doutorado "Sucesso no abandono do tabagismo: estratégias individuais utilizadas" em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, com financiamento do Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Endereço para correspondência: Isabel Cristina Echer. Rua São Luiz 700 / 504 Bairro Santana 90620-170 Porto Alegre - RS. Tel: 51 3223-4699 / 51 9805-6149. E-mail: Isabel.echer@terra.com.br

Artigo recebido para publicação no dia 18/08/2005 e aceito no dia 23/09/2005, após revisão.

Introdução

Apesar dos esforços realizados para controlar o tabagismo, existe o reconhecimento de que os métodos para obter e manter a abstinência ao fumo necessitam ser mais eficientes e eficazes. Nesse contexto, entende-se que a melhor compreensão sobre como ocorre o processo de abandono do tabagismo pode contribuir para o deixar de fumar.

Dentre as possibilidades para dissuadir o início e promover o afastamento do tabagismo, encontram-se a abordagem cognitiva comportamental, a farmacoterapia, o acompanhamento clínico, os grupos terapêuticos e o apoio da família. Além disso, desde a década de 80 ressalta-se a importância da divulgação na mídia dos malefícios do fumo, das vantagens em ser fumante em abstinência e dos danos ambientais que ele acarreta¹.

O fato de o fumo ser a maior causa de mortalidade prevenível fortalece o papel da equipe de saúde e da sociedade na promoção da saúde e na realização de atividades que estimulem o cessar de fumar. Apesar das freqüentes campanhas de incentivo ao abandono do cigarro, pouco se sabe sobre os reais motivos que levam uma pessoa a abandonar essa dependência.

Para compreender melhor essa situação, desenvolveu-se uma investigação na qual o objetivo foi identificar estratégias de sucesso no abandono do tabagismo em longo prazo. Os resultados deste estudo apontaram, entre outros fatores de sucesso no processo de abandono do tabagismo, a informação sobre os malefícios do cigarro e campanhas de esclarecimento, cujo papel este artigo busca investigar.

Metodologia

Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, do qual fizeram parte dez indivíduos de Porto Alegre, sendo cinco homens e cinco mulheres, escolhidos por conveniência, e cujo número foi definido pela saturação dos dados². Para ser incluído no estudo, o indivíduo deveria ter parado de fumar há mais de seis meses e ter apresentado dependência média, elevada e muito elevada pela escala de Fagerström³, além de manifestar concordância em fazer parte do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁴.

O projeto de pesquisa que originou este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Foram realizadas entrevistas do tipo semi-estruturado⁵, gravadas em áudio, com duração média de 80 minutos cada, com a seguinte questão norteadora: "Como acontece o processo bem sucedido de abandono do tabagismo?".

Após a transcrição das entrevistas, as informações foram examinadas pela Análise de Conteúdo², método que consiste em analisar as entrevistas por meio das etapas de pré-análise, exploração do material e categorização das informações. As categorias levantadas representam a síntese de uma comunicação; nesta etapa, são destacados os aspectos mais significativos, envolvendo valores, crenças, hábitos, atitudes e opiniões⁴.

Na pesquisa qualitativa a preocupação não é com a representatividade e sim em explorar as dimensões de um fenômeno, a maneira como se manifesta e os fatores com os quais se relaciona^{6,7}. A validade e significância dos achados gerados na pesquisa qualitativa tem maior relação com a riqueza de informações dos casos abordados, capacidade observacional e analítica do investigador do que com o tamanho da amostra⁸.

As categorias descritas neste artigo estão constituídas por alguns dos depoimentos, os quais foram identificados por códigos numéricos em que se distinguem a entrevista e a pontuação na escala de Fagerström, preservando assim o anonimato dos participantes do estudo (por exemplo: E1F5 entrevista de número 1 e pontuação 5 na escala de Fagerström).

Resultados e discussão

Os entrevistados tinham entre 29 e 62 anos, com média de 48,5 anos, e apresentavam grande diversidade quanto à profissão e ao grau de escolaridade, incluindo desde o ensino fundamental completo até o nível de pós-graduação. Eles iniciaram o uso do fumo entre 11 e 22 anos de idade e o hábito de fumar durou de 10 a 40 anos, com média de 28,9 anos. A quantidade de cigarros consumidos por dia variou entre 20 e 40, com média de 24,9 cigarros, com pontuação na escala de Fagerström de 5 a 10 pontos, com média de 8,1 pontos (a escala varia de 0 a 10 pontos), o que significa que os indivíduos estudados eram dependentes da nicotina.

Informação sobre os malefícios do cigarro

Uma das características da dependência é a persistência no uso da substância apesar da evidência clara de conseqüências nocivas à saúde⁹. Pode-se dizer que hoje as informações sobre os malefícios do cigarro estão disseminadas em toda parte e, mesmo assim, as pessoas continuam fumando, donde se pode inferir que a informação por si só não leva ao abandono do cigarro, mas é um fator importante que contribui, principalmente, quando há ocorrência de manifestações clínicas. Esta categoria foi subdividida em (A)

evidências de prejuízos à saúde e (B) comprometimento com a decisão de parar de fumar.

(A) Evidência de prejuízos à saúde

A informação auxilia o fumante a se dar conta dos malefícios do cigarro à sua saúde, pois faz com que ele associe o hábito de fumar a problemas de saúde, desconforto, falta de força física, o que, por vezes, o conscientiza de que a resolução desses seus problemas de saúde está associada ao abandono do tabagismo:

Conscientizei-me que o cigarro estava causando um dano no meu organismo [...] o pessoal fuma e não sabe o que vai no fumo, na própria propriedade da planta, fora os outros produtos químicos E8F8.

[...] todo dia de manhã eu acordava tossindo, me sentia muito mal, sempre tossindo, tossindo, parecia que tinha alguma coisa trancada na garganta. Daí eu sabia que era do cigarro [...] E5F6.

Meu dedo do pé esquerdo começou a ficar roxo [...] e disseram: "Se o senhor continuar fumando, provavelmente daqui a três, seis meses ou talvez nunca vamos ter que começar amputando seus dedos..." [...] Além disso, [...] contraí uma pneumonia e continuei fumando. A minha pneumologista [...] disse que eu estava com um espessamento de pleura e que isso [...] ia dar dificuldades respiratórias. O pessoal começou a incutir e cultivar certos medos [...] estou perto dos 60 anos e ainda tenho liberdade de ir e vir, consigo caminhar e eles querem cortar os meus pés, [...] vou ter que ficar dentro de um balão de oxigênio. Bem, então está na hora de eu parar de fumar E10F10.

A evidência dos prejuízos para a saúde sentida pelos participantes do estudo, aliada à orientação da equipe de saúde sobre os malefícios do fumo, é um fator que contribui para o deixar de fumar. Por isso, é recomendado que esses profissionais utilizem todas as oportunidades para informar e esclarecer os fumantes sobre os danos do cigarro à saúde.

Os prejuízos à saúde também podem se apresentar em alguém próximo, o que também colabora para o pensar em parar de fumar:

Cada internação dele (marido por enfisema pulmonar) [...] eu dizia: "Meu Deus, eu tenho que parar. Eu não posso mais continuar assim do jeito que eu estou". [...] Era uma dor na consciência que eu ficava [...] mais olhando esses 2 tubos de oxigênio que eu tenho dentro de casa [...] então juntou tudo e eu tomei essa decisão que deu certo E6F10.

O depoimento acima evidencia que nem conviver e visualizar os efeitos do prejuízo à saúde advindos do cigarro é suficiente para algumas pessoas pararem de fumar. Como a pessoa disse, isso contribuiu, mas ela precisou "decidir parar" e, para isso, procurou ajuda. Outro participante se viu mobilizado pelo simples fato de lhe terem prescrito o uso de óculos, junto com a orientação médica para parar de fumar:

[...] preocupação em função de uma evidência, um marco evidente que foi o uso de óculos a minha vontade de parar começou [...] E7F10.

Esses relatos mostram que o processo de abandono não é linear, existem múltiplos caminhos, que pequenos detalhes podem fazer a diferença e que uma prova concreta de limitação na saúde é fator que pode auxiliar na tomada de decisão; e neste processo, a informação e o apoio da equipe da saúde são importantes.

A informação sobre os malefícios do cigarro e a preocupação com a saúde aumentam as chances de um indivíduo parar de fumar e diminuem a recaída em fumantes em abstinência¹⁰. As evidências de prejuízos à saúde existem, são reais e aconteceram com os participantes do estudo, levando-os a refletir e auxiliando-os na opção de abandonar o cigarro.

(B) Comprometimento com a decisão de parar de fumar

Embora a informação, por si só, não leve ao abandono do cigarro, ela pode mobilizar, provocar reflexões e associações. Junto com ela, surge o sentimento de culpa por ser fumante, o medo de ter prejuízos na saúde. Entretanto, o sucesso no empreendimento de parar de fumar é alcançado quando o uso do fumo é associado a algo que realmente incomode o fumante:

Não adianta dizer que a pessoa vai morrer mais cedo. A gente sabe tudo isso. O fumante sabe tudo isso, o problema é encontrar alguma coisa que incomode ele. Ele sabe dos malefícios e continua fumando. É que nem eu: no começo, eu preferia viver menos a ser infeliz pela falta do cigarro E2F7.

[...] uma frase que ele (irmão) me disse e que foi fundamental: vocês da área da saúde pensam que as doenças só são para os outros que vocês estão imunes, [...] ele disse isso e eu estava fumando aquele cigarro que ficou sem graça, não que eu tenha parado nesse dia [...], mas pesou demais E3F10.

Quando meu pai faleceu de enfisema pulmonar, pouquíssima capacidade respiratória, já

estava com aqueles tubos de oxigênio presos do ladinho, não podia mais respirar sem oxigênio em função do cigarro, aí eu olhava para o meu pai e pensava “eu vou parar”, mas pensava “isso não vai acontecer comigo”. A gente nunca acha que vai acontecer com a gente. Vou fumar esse último cigarro, talvez naquela última tragada esteja o teu câncer de pulmão. Então todo fumante vai te responder isso, tu nunca acha que vai ser tu a próxima vítima [...], mas pode acontecer [...] hoje eu sei o mal que fez para mim e que faz para todo mundo. Senti na pele E4F7.

Embora exista comprovação científica da relação entre enfisema pulmonar e cigarro, é interessante observar que a dependência à nicotina é mais forte. Mesmo diante de evidências sérias de prejuízos à saúde, os fumantes negam a associação problema de saúde versus cigarro e continuam fumando, conforme depoimentos acima.

A negação é uma constante na vida dos fumantes, levados pela dificuldade de parar de fumar. Embora reconheçam os malefícios do fumo, só conseguem parar quando se conscientizam da necessidade de parar, de que são dependentes e de que precisam de ajuda:

[...] Eu tive colegas meus que disseram que perderam fulano, parente seu, por causa de câncer do cigarro mesmo, e eu ficava escutando. Isso entrava na cabeça, mas eu ficava pensando que isso nunca ia acontecer comigo [...]. E eu pensava que um dia podia ter um câncer por causa da porcaria do cigarro e foi o que me estimulou a deixar de fumar E5 F6.

Era uma decisão que eu tomava. Agora vou parar, aí eu passava dias no hospital e dava uma fugidinha e fumava um que outro. Mas daí ele (marido com enfisema pulmonar) voltava para casa e eu começava a fumar, a mesma quantidade, esquecia tudo que via lá. Até que chegou a hora do neto ajudar, porque Deus botou aquele anjo ali e me disse que não queria que eu morresse do cigarro [...] E6 F10.

É possível evidenciar nesse depoimento o poder das crianças sobre a decisão dos adultos. O neto, por exemplo, repetia para ela a informação sobre os malefícios do cigarro que recebia da televisão. É interessante observar que, embora ela não conseguisse tomar a decisão com todo o conhecimento, pelo que via acontecer com seu marido, ela foi mobilizada pelo afeto do neto, o que reforça a importância da participação de todos nesta caminhada. Este dado vai ao encontro de estudos que referem que fumantes que recebem conselho de seus filhos, moram com

crianças ou percebem os riscos para a saúde são considerados mais propensos a largar o cigarro^{11,12}. Os fumantes acreditam nos malefícios do cigarro, principalmente que estes atingem as crianças que convivem com eles¹³. Por isso, é importante considerar o papel da informação por meio da mídia no processo de esclarecimento à população - e das crianças - sobre os malefícios do cigarro.

Os depoimentos confirmam que todos detinham a informação ou foram em busca dela, mas foi preciso algo mais para que conseguissem abandonar o hábito de fumar:

[...] li muito sobre o cigarro [...] se eu quero fazer alguma coisa, eu procuro me informar, e foi isso que eu fiz, tanto que eu fui procurar um médico [...]E9F9.

Eu sempre soube dos malefícios, mas eu me fazia de cego [...] Eu comecei a fazer esse trabalho uns 6 meses antes de realmente parar de fumar [...] comecei o trabalho através da literatura, depois veio o espessamento de pleura, foi um trabalho que me fez fixar a idéia E10F10.

Os resultados evidenciam que a mobilização para parar de fumar pode ocorrer em razão do reconhecimento dos malefícios do cigarro. Os fumantes hospitalizados geralmente são mais suscetíveis às mensagens antitabágicas, não só devido à sua fragilidade e ao medo de complicações e de morte decorrentes da doença que motivou a internação, mas também pela redução da negação de sua doença ou da sua gravidade, especialmente após a definição e esclarecimento de seu problema de saúde^{14,15}.

Programas educacionais e de cessação do tabagismo nas empresas/instituições são necessários e bem aceitos, devendo ser realizados para que as leis de restrição ao fumo sejam efetivamente cumpridas. A estratégia de abordagem deve valorizar os aspectos próprios da idade, com foco na melhoria da qualidade de vida e nos benefícios concretos e palpáveis resultantes do abandono do tabagismo. Deve também reforçar atitudes e habilidades para enfrentar as situações que levam ao tabagismo.

O diagnóstico médico pode determinar o abandono do tabagismo, mesmo quando a vontade de fumar permanece. Nessas situações, o medo de morrer e ou a perspectiva de adoecer faz com que o fumante pare de fumar, como se pode observar nas falas:

Então não tive escolha [...] não foi uma opção minha de parar de fumar porque não gosto mais do cigarro. Foi o diagnóstico [...] quando se tem um câncer, a gente olha as coisas como se fosse a última vez [...] conheci muitas histórias tristes,

aprendi muito com a dor, não é por aí que a gente tem de aprender, mas às vezes é preciso tu levar um susto (diagnóstico de câncer) E4 F7.

Então, em síntese, posso dizer que o meu motivo maior foi o medo, o medo de me amputarem os pés e o medo de ficar inerte em cima de uma cama dentro de um balão de oxigênio E10F10.

É importante alertar para a dificuldade que os fumantes enfrentam ao parar de fumar, e por isso a necessidade de eles contarem com o apoio da equipe de saúde, familiares e amigos para vencer a dependência. O abandono só ocorrerá quando houver um comprometimento com a decisão de parar de fumar, que é resultado da compreensão adequada das informações e de outros componentes, tais como apelos afetivos ou temores associados. A participação de profissionais de saúde das diferentes áreas e da população em geral na implementação de programas para apoio à cessação do tabagismo é importante. Isso implica a necessidade de esses profissionais estarem capacitados e preparados para entender esse hábito como uma doença crônica, que pode envolver fases de remissão e recidiva, a serem acompanhadas sem censura para a efetividade do tratamento.

Campanhas de esclarecimento

As campanhas têm por objetivo informar, conscientizar e fazer os fumantes refletir sobre os malefícios do fumo. Embora sozinhas não consigam levar os fumantes a tomar a decisão de parar de fumar, elas têm o poder de mobilizar porque desacomodam os fumantes. Hoje, os indivíduos fumantes são informados, alertados e conscientizados sobre os riscos ligados ao tabagismo através de diferentes abordagens. A presente categoria foi dividida em (A) prazer versus culpa e (B) o impacto das campanhas.

(A) Prazer versus culpa

Faz parte de nossa cultura a preservação da saúde. O cigarro proporciona prazer, mas, sem dúvida, na sociedade em que vivemos, já é possível observar que junto com o prazer vem a culpa, o sentir-se discriminado, pois a informação sobre os malefícios do cigarro está disseminada. Alguns depoimentos comprovam a ambivalência dos entrevistados frente ao cigarro e evidenciam que é necessário controlar sentimentos conflitantes para manter-se longe do fumo e superar a dependência:

Tem o prazer, mas tem a culpa junto, mas não é só o prazer E2F7.

[...] parar de fumar é ter certeza de poder viver

um pouquinho mais, mesmo que tu tenha um câncer. Em qualquer outra parte do corpo, mas que tu saiba que tu não buscou isso com as tuas mãos, que tu não buscou ele para dentro de ti, que tu não plantou ele lá dentro E4 F7.

[...] eu sofri tanto em deixar o cigarro quanto perder a minha irmã. Então eu tinha vergonha disso, mas ao mesmo tempo eu aceitava, e é verdade, foi uma coisa muito difícil, mas ao mesmo tempo eu me orgulho porque quando a minha irmã estava doente,... ela estava com câncer, eu olhava para ela e me sentia também envergonhada, pois ela lutava para viver e eu estava me matando. Todo o fumante tem vontade de deixar de fumar, por mais que eles digam que vão morrer de qualquer jeito, é mentira porque o fumante tem tanto medo de lidar com o vício dele e com a perda, a sensação de perda é muito grande [...] E9F9.

Esses depoimentos possibilitam refletir sobre e compreender as dificuldades vivenciadas pelos fumantes para parar de fumar. Pensar que eles conseguem visualizar os malefícios do fumo da mesma forma que o não fumante pode comprometer o processo de abandono. É preciso entender que, para eles, fumar traz prazer e é bom e que existe a dependência. Só compreendendo esses indivíduos pode-se trabalhar com eles de forma a modificar e incorporar novos hábitos.

Para fumantes que não têm a intenção de parar de fumar, as campanhas auxiliam informando e sensibilizando sobre os malefícios do uso e sobre estratégias de cessação do fumo, especialmente sobre os benefícios associados.

(B) O impacto das campanhas

A agressividade das campanhas de esclarecimento foi citada pelos participantes como fator positivo e também negativo, comprovando, assim, a necessidade de estratégias diversificadas, a serem utilizadas para atingir um maior número de fumantes. Elas também podem mudar para um mesmo indivíduo, conforme o estado em que ele se encontra.

Entende-se que a escolha de estratégias tem implicações na terapêutica. Ela implica um processo de aprendizado longo até que o indivíduo mude o comportamento, os seus conceitos e idéias a respeito do tabaco. O abandono do fumo exige um reequilíbrio em sua vida em razão dos desagradáveis sintomas de abstinência. Algumas falas expressam a necessidade de agressividade nas campanhas antitabagismo:

[...] colocar uma fotografia de um pulmão saudável e de um pulmão de fumante e uma

carteira de cigarros no meio e em cima escrito “você escolhe” [...]. Tem que ser agressivo, não tem outra forma. As pessoas aprendem no tapa, tu só sabe o que é fome se tu sentir fome, tu só sabe o que é sede se tu sentir ela, tu só sabe o que é o amor quando tu é atacado e tu só sabe da tua saúde quando tu tem alguma coisa agressiva na tua frente [...] Conscientizar mais do que as pessoas já sabem, já leram, já vêem, devia ser a coisa mais agressiva E4F7.

[...] A campanha ajuda, pois às vezes eu ficava olhando aquela foto “linda” e pensava que nunca ia acontecer comigo [...] A cada carteira de cigarros, aquelas fotos, “tá” louco. Às vezes tu via aquelas fotos e pensava “Não, não vai acontecer nunca” [...] se a pessoa vê ao vivo aquela pessoa morrendo por causa do cigarro, aí não tem como não parar de fumar, tem que fazer um tratamento E5F6.

Eles tinham um cachorro lindo [...] cheguei lá e o cachorro estava magro, seco, esquelético, caminhando e cambaleando. Eu pensei que ele tinha sido picado por uma cascavel [...] Ele me mostrou uma lata com rótulo azul e uma tampa dourada e disse que o cachorro havia lambido aquela tampa, que era o veneno que eles colocavam no fumo. Aquilo ali foi um choque para mim e eu o questioneei se depois de colher a folha (do fumo) eles lavavam. [...] O solo é agredido com todas as formas de elementos químicos porque [...] na semente vai veneno, onde ele cresce vai veneno, quando eles transplantam da bandeja para a terra vai veneno, na planta adulta vai baterias de venenos [...] eu disse “vou parar” e aí parei, consegui parar. Eu acho que as campanhas deveriam ser mais agressivas [...] Mas com docilidade [...] E8 F8.

Estudo realizado no Canadá mostrou que propagandas agressivas tiveram influência no abandono ou diminuição do consumo de cigarro, pois os fumantes tiveram uma resposta emocional negativa em relação às figuras (44% medo, 58% repugnância) e cerca de 1/5 dos participantes referiram ter fumado menos por influência das figuras¹⁶.

As propagandas financiadas pelo Estado estão associadas a maior sentimento antitabaco e redução de tabagismo entre jovens. Assim, cortes no financiamento dessas campanhas podem ter conseqüências negativas para a saúde e prejuízos para o Estado. A exposição a pelo menos uma propaganda foi associada com menores índices percebidos de fumo entre amigos, maior percepção dos danos do fumo, mais fortes intenções de

não fumar no futuro e menores possibilidades de se tornar um fumante¹⁷.

No Brasil, pesquisa do CEBRID, em 2001, revelou que o uso de tabaco em todas as faixas etárias foi de 41,1%. Nos adolescentes (12-17 anos), a taxa foi de 15,7%, significando uma queda em relação às pesquisas anteriores, o que pode estar relacionado ao impacto das campanhas contra o tabaco realizadas nos últimos anos¹⁸. Esses estudos reforçam a importância das campanhas de esclarecimento, indo ao encontro dos depoimentos deste estudo.

Embora a agressividade das campanhas seja vista de forma positiva, alguns relatos evidenciam justamente o contrário, levando a crer que as campanhas que incitam o abandono podem ter resultados divergentes e que, portanto, é importante escolher estratégias diversificadas que possam ser efetivas para grande parte da população fumante. Algumas falas comprovam que a agressividade pode ser um fator impeditivo ao abandono do tabagismo:

[...] aquele curso [...] aquelas feridas que ele mostra me sentia muito mal porque me faziam me sentir mais culpada e me faziam fumar mais ainda, mas cada um é cada um [...] E9F9.

[...] a questão do ser agressivo atrapalha o parar de fumar [...]. O fumo é uma espécie de tranquilizante; se te pressionam, tu vai fazer as coisas no sentido contrário [...]. Quanto mais tu confrontar, pior é a situação. Talvez mais gente pararia de fumar se não fosse a atitude de confrontação, de agressão, descaso, incompreensão, afinal de contas, se a pessoa está na dependência, ela não está fazendo aquilo para ofender o outro E7F10.

As campanhas são peças importantes no processo de abandono do fumo porque fornecem informações para os fumantes fazerem as suas escolhas, são meios de divulgação de novos tratamentos e também mobilizam e conscientizam os fumantes a parar de fumar.

Reduzir o número de jovens que começam a fumar é um desafio para as autoridades de saúde em todo o mundo, e de seu êxito dependerão as mudanças no sentido de impactar o nível do tabagismo na vida adulta. É uma tarefa de relevância social o envolvimento de todos nas campanhas de conscientização pelo banimento do tabaco e de orientação aos seus usuários¹⁹. As campanhas podem instrumentalizar os não fumantes neste processo de conscientização necessário para auxiliar os fumantes na difícil tarefa de deixar de fumar.

Entre os jovens, as campanhas educacionais que orientam a resistir às pressões sociais que os levam a

fumar são mais efetivas. Os programas antitabagismo desenvolvidos em escolas, que enfocam aspectos sociais, têm mostrado resultados mais convincentes²⁰. Os conteúdos do aconselhamento devem se adequar ao público jovem, usar linguagem, materiais didático e dinâmicas voltadas para a adolescência. Ênfase deve ser dada à atividade física, à perda da capacidade de escolha provocada pela dependência, aos aspectos ilusórios da propaganda de cigarros e aos cuidados corporais, como a estética e o desempenho sexual¹⁹. Acredita-se que quanto mais capaz é alguém de dirigir sua vida, tanto melhor poderá utilizar seu tempo em realizações construtivas, enfoque que pode ser trabalhado junto aos fumantes.

Devem ser pontos capitais das campanhas o controle do tabagismo materno e familiar, bem como a sua proibição nos meios de transporte, bares e restaurantes. A figura da mãe é fundamental na educação: seus hábitos norteiam o comportamento social dos filhos e podem influenciar a decisão de futuras gerações em relação ao início do hábito do tabagismo²¹. Devem ser realizadas campanhas esclarecendo sobre o tabagismo e os riscos para a saúde das crianças nos primeiros seis meses de vida, pois controlando-se o tabagismo dos pais garante-se um crescimento mais saudável para as crianças e futuros dividendos na prevenção das doenças respiratórias como um todo²².

Mesmo usando estratégias como aumento de preços, controle sobre a publicidade e restrição do fumo em certos ambientes, é preciso oferecer ajuda ao fumante²³. O ensino aos profissionais da saúde de técnicas de como parar de fumar pode aumentar o entendimento sobre como funciona a nicotina no organismo e, assim, aumentar os índices de sucesso no abandono e prevenção do tabagismo^{24,25}.

Conclusões

A realização deste estudo possibilitou conhecer alguns dos percalços que o fumante encontra quando pensa em deixar de fumar, bem como refletir sobre as dificuldades que acompanham tal processo. As informações, inclusive as repassadas através das campanhas sobre os malefícios do fumo, são fatores importantes, mas não determinantes no processo de parar de fumar, pois todos os participantes relataram ter a informação muito antes de tomarem a decisão de parar de fumar. A informação alerta para os prejuízos à saúde e, assim, atua de forma a reforçar a conscientização e o comprometimento necessários para a tomada de decisão para parar de fumar.

As campanhas e as informações têm o poder de

instrumentalizar os fumantes, e também os não fumantes, sobre os malefícios do fumo. Esses últimos são peças importantes no processo de conscientização e auxílio aos fumantes na difícil tarefa de deixar de fumar.

Recomenda-se que os profissionais da saúde aproveitem todas as oportunidades para informar sobre os malefícios do cigarro e participem ativamente de campanhas de esclarecimento, e que os órgãos públicos continuem a divulgar na mídia os malefícios do fumo, pois essas atitudes podem contribuir para o abandono do tabagismo.

Agradecimentos

A Amália de Fátima Lucena e Lygia Becker pelas sugestões valiosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Repace J, Lowrey A. Indoor air pollution, tobacco smoke and public health. *Science* 1980;208(2):464-72.
2. Bardin L. Análise de conteúdo. 1a. ed. Lisboa: Edições 70; 1977.
3. Fagerström KO, Schneider NG, Lunell E. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatment for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology* 1993;11:1271-7.
4. Goldim JR. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. 2a. ed. Porto Alegre: Dacasa; 2000.
5. Nunes MLT. Entrevista psicológica. In: Cunha JA, editor. *Psicodiagnóstico - R*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p.29-50.
6. Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 2a. ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Record; 1997.
7. Polit D, Hungler BP. Fundamentos em pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
8. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. London: sage publications; 1990.
9. Meirelles RHS, Gonçalves CMC. Abordagem cognitivo-comportamental do fumante. *J Bras Pneumol* 2004;30(2):30-5.
10. Dijkstra A, Brosschot J. Worry about health in smoking behaviour change. *Behav Res Ther* 2003;41(9):1081-92.
11. Hammar H, Carlsson F. Smokers' expectations to quit smoking. *Health Econ* 2004;32(Epub ahead of print).
12. Netemeyer RG, Andrews JC, Burton S. Effects of antismoking advertising—based beliefs on adult smokers' consideration of quitting. *Am J Public Health* 2005;95(6):1062-6.
13. Chen MS Jr, Ferketich AK, Moeschberger ML, Wewers ME. Preparing the "Ground War" against tobacco among Chinese Americans in New York City: baseline data. *Asian Am Pac Isl J Health* 2001;9(1):88-94.
14. Halty LS. Abordagens de grupos especiais: idosos. *J Bras Pneumol* 2004;30(2):58-61.
15. Mufano M, Rigotti N, Lancaster T, et al. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients: a systematic review. *Thorax* 2001;56:656-63.
16. Hammond D, Fong GT, McDonald PW, Brown KS, Cameron R. Graphic Canadian cigarette warning labels

- and adverse outcomes: evidence from Canadian smokers. *Am J Public Health* 2004;94(8):1442-5.
17. Emery S, Wakefield MA, Terry-McElrath Y et al. Televised state-sponsored antitobacco advertising and youth smoking beliefs and behavior in the United States, 1999-2000. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159(7):639-45.
 18. Coleman T. ABC of smoking cessation: special group of smokers. *BMJ* 2004;32(8)575-7.
 19. Sant'anna CC, Araújo AJ, Orfaliais CS. Abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. *J Bras Pneumol* 2004;30(2):47-54.
 20. Hunt JM, Lumley J. Are recommendations about routine antenatal care in Austrália consistent and evidence-based? *Med J* 2002;17(6)255-9.
 21. Leoparcio W, Gigliotti A. A smoking and its peculiarities during pregnancy: a critical review. *J Bras Pneumol* 2004;30(2):176-81.
 22. Oliveira MVC, Sales MPU. Tabagismo passivo. *J Bras Pneumol* 2004;10(2):65-71.
 23. Lowe JB. Behavioral approaches in tobacco control. *Magy Onko* 2001;45(2):129-32.
 24. Chalmers K, Seguire M, Brown J. Tobacco use and baccalaureate nursing students: a study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. *J Adv Nurs* 2002;40(1):17-24.
 25. Batra V, Patkar AA, Weibel S, Leone FT. Tobacco smoking as a chronic disease: notes on prevention and treatment. *Prim Care* 2002;29(3):629-48. ■
-

7.3 ARTIGO CIENTÍFICO 3

7.3.1 Versão em inglês

Social restrictions on smoking as a success factor in tobacco smoking cessation^a

Isabel Cristina Echer, Master's in Education. Teacher at UFRGS Nursing School. Doctoral student in the Postgraduate Program in Medical Sciences, UFRGS. Brazil.

Sérgio Menna Barreto. Postdoctoral Degree in Health Sciences. Head Professor for the School of Medicine's Internal Medical Department at UFRGS. Pneumology Services Supervisor at HCPA. Researcher under scholarship from CNPq. Brazil.

José Roberto Goldim. Medical Clinic Doctor. Biologist at HCPA. Associate Professor at the PUCRS School of Medicine.

Anna Luz. Ph.D. in education. Full Professor of the Vale do Rio dos Sinos University Nursing School, RS. Brazil.

Rafaela Martins Pottes de Mello & Giordana Pinheiro da Motta. Students at Nursing Graduate School of Federal University of Rio Grande do Sul, under scholarship for scientific initiation/FAPERGS, Porto Alegre, RS, Brazil.

Authors' note: This research study was partially supported by grant number 03-493 from the Research Incentive Fund of the Hospital de Clínicas Porto Alegre. Correspondence concerning this article should be addressed to Isabel Cristina Echer, 700, Rua São Luis, 504, Porto Alegre-RS, 90620-170. Phone: 55 (51) 32234699/33165424. E-mail may be sent to: isabel.echer@terra.com.br

^a Artigo encaminhado à revista Qualitative Health Research em dezembro de 2005, recebido para ajustes em abril de 2006 e reencaminhado em setembro com o número 2006-961.

ABSTRACT

This study examined how smoking restrictions in a social context affected smoking cessation. Sixteen individuals with dependency levels ≥ 5 on to the Fagerström scale and who had stopped smoking for over six months were interviewed. Content analysis of this information shows that smoking cessation is a result of several factors. This article describes how social restrictions on smoking (through legislation prohibiting smoking in public places) led to restrictions in the smoker's social interaction. These restrictions had the effect of assisting, mobilizing, and educating the smoker and became a success factor in the smoking cessation process as people do not wish to be excluded from society but included in it.

Keywords: smoking; smoking cessation; health promotion; qualitative research

INTRODUCTION

The smoking habit, which arose from a long cultural tradition in indigenous groups, eventually became epidemic and has been related directly or indirectly to many diseases. Differently from a number of decades ago, today this habit is seen as undesirable both socially and culturally, and this fact has contributed to inhibiting the smoking practice.

Many diseases and premature deaths worldwide are associated with tobacco smoking, which is the major avoidable cause of death by chronic non-transmissible diseases (Centers for Disease Control and Prevention, 2001; Kendrick, & Merritt, 1996; Siener, Malarcher, & Husten, 2000). Despite this information, tobacco consumption is increasing all over the world, and is concentrated mostly in developing countries (Brasil, & INCA, 2004).

The Brazilian government, recognizing the gravity of this worldwide epidemic, and arising from its participation in the Framework Convention negotiation process, is investing in programs and actions to end this, resulting in the National Tobacco Control Program and legislation put in force in the country. In June 2003, Brazil became the 2nd country to sign the Framework Convention, which strengthened its commitment to the control of tobacco consumption, a serious public health problem that hinders our country's social and economic development (Brasil *et al.*, 2004).

Since 1988, there have been many restrictive measures placed on smoking in the work place and other areas in Brazil. Law # 9.294/1996 prohibits smoking in gathering places, whether private or public, such as public buildings, hospitals, classrooms, libraries, work places, theaters and cinemas, except in specially designated smoking areas. In 2000, this law was expanded to prohibit the use of

tobacco byproducts in airplanes and other public transportation vehicles, and in 2003 the sales of tobacco byproducts to people under 18 years of age was prohibited (Brasil, & INCA, 2005).

In Brazil, tobacco products advertising is forbidden in magazines, newspapers, TV, radio, the Internet and outdoor advertising, and is allowed only at internal points of sales. Tobacco companies are also forced to include warning messages with illustrative images in their tobacco product packaging and they are forbidden to use descriptive product terms such as light, ultra light, mild and so on (Brasil *et al.*, 2004). These measures have contributed to protecting the population against the heavy marketing and advertising investments of the tobacco industry, showing that, when there is political desire, we can advance in public health (Milagres, 2004).

For the World Health Organization, the fight against the smoking epidemic is challenging. It is well known that the smoking habit varies according to gender, age, and socio-cultural/socio-geographical aspects, which makes it necessary to understand the detailed behavior of populations regarding smoking in order to plan more effective preventative actions. There are laws all over the world regarding smoking, but the efforts to increase public compliance with them vary among countries. There is a need for constant dissemination of effective methods to reduce smoking in public places (Serra, Cabezas, Bonfill, & Pladevall-Vila, 2005). The development of monitoring and vigilance strategies is fundamental to the continuity and improvement in all actions.

It is believed that qualitative research based on reports of successfully abstinent smokers can help to understand the mechanisms and processes underlying the abandonment of tobacco and this can lead to effective strategies to fight the smoking habit.

Despite the frequent campaigns to encourage quitting smoking, we actually know little about the real reasons people cease this habit. To better understand this situation, a study has been developed to investigate successful stop smoking strategies. This article describes the *social restrictions on smoking* category as one of the identified elements that leads to the cessation of tobacco smoking.

METHOD

The method chosen to understand the problem was that of a qualitative, exploratory research study focused on the premise that knowledge about individuals is only possible through a description of the experience of the people themselves (Polit, Beck, & Hungler, 2004; Bardin, 1977).

Sixteen individuals were recruited intentionally from the city of Porto Alegre/RS and subsequently interviewed. The sample was closed when the researchers, after discussion with their research group peers, felt they had reached the point of saturation of information, i.e., from the moment the answers became repetitive (Polit *et al.*, 2004; Minayo, 1994).

To be included in the study, the individual had to have quit smoking more than six months earlier and presented a dependence level of ≥ 5 on the Fagerström scale (Fagerström, Schneider, & Lunell, 1993); i.e., he or she should be nicotine dependent.

The project was approved by the Research and Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, which is accredited by the Brazilian Ministry of Health (CEP 0001) and the United States (IRB 000921). All participants manifestly agreed to taking part in this study and signed the Informed Consent form that contained a simplified version of the objectives of the study, the procedures to be taken, previewed risks and benefits, a guarantee of privacy, a statement that the information would be for the exclusive use of scientific research and that confidentiality for all participants was assured. The subjects were recruited through posters, friends and recommendations of the participants themselves.

Semi-structured interviews (Nunes, 1993) were conducted and audio recorded by the main author at the residence or place of work for a mean duration of 80 minutes each. They will be preserved intact for a period of 5 years according to Copyright Law 9610/98 (Brasil Ministério da Justiça, 1998).

The interview conversation was a psychological and social event (Blaxter, Hughes, & Tight, 2001) that involved questioning and discussion around the theme, "How did you manage to quit smoking?". The interview entered the reasons for the decision, the strategies used, any changes of habit, relapse periods and what it was like to live without smoking. The semi-structured interview guaranteed that all important questions were asked using the participant's language.

To keep the participant motivated, the dialogue was animated with gestures or expressions to help him/her elaborate their conversation, and his/her expressions were repeated without formulating a direct question to facilitate the participant to continue their discourse (Valles, 2003).

After transcription, the interviews were examined based on Content Analysis (Bardin, 1977), involving exploitation, systemizing and operationalizing the information, classifying and editing the talks into meaningful units, culminating in the interpretation of categories and possible explanations for the investigated phenomenon.

Confirmation of information was done through peer conferences and the participation of an external reviewer (Polit *et al.*, 2004) who read and analyzed the interviews and developed an interpretative summary, reaching the same results in the final original version. All researchers have experience and knowledge in smoking tobacco cessation, qualitative research and content analysis.

RESULTS AND DISCUSSION

Interviewees were between 24 and 62 years of age, with a mean age of 45 years, and presented diversity in relation to professions (housewife, doorman, printing technician, actress, student, high school teacher and university professor, administrator, lab advertiser, massage therapist, clerk and

mechanic) and education (from primary school completion up to post-graduation level). The participants have started smoking between 11 and 22 years of age, and had smoked for between 9 and 42 years, with a mean of 26.62 years. The quantity of cigarettes smoked per day varied from 15 to 40, with a mean of 24.93 cigarettes, with punctuation in Fagerström^b scale between 5 and 10 points, with a mean of 7.43 points, meaning that the individuals studied were nicotine dependent. Regarding previous attempts to quit smoking, there was a variation from none to three, and the period of abstinence for the data collection from 8 months to 4 years.

People have different reasons or motives for quitting smoking and in this way can be influenced by individual or social variables in the decision to quit. For the individuals interviewed in this study, determination to want to quit was predominant, followed by family, social and professional support (individual consultation, participation in courses and specific supporting groups), the use of bupropion and nicotine gums and the use of artifices (drinking water, doing exercise, manual activity, change of eating habits, consumption of candies, getting rid of ashtrays and lighters, giving presents to themselves, the use of cigarette holders and objects that simulate cigarette gesture – chalk and plant stalk – brushing the teeth more frequently). Even though some participants did not seek professional help, they referred to having used strategies recommended by them – such as to set a date to quit, to list the pleasures and disadvantages of smoking and to avoid being close to smokers.

These strategies seem to have minimized the suffering of the interviewed people and constituted a way to make amends with themselves and overcome addiction.

Legislation in force over the past number of years has restrained the habit of smoking in public places and it seems to have modified social consensus on tobacco as well, which has contributed to smoking habit cessation since human beings develop and exist through interaction with others. The social restrictions to smoking category that emerges from the analysis of the study was divided into two subcategories: legislation prohibiting smoking in public places, and the interference of smoking habit in social contacts:

Legislation prohibiting smoking in public places

Testimonials reveal that today cigarettes are restricted to certain places and are also seen by society as harmful to health, which helps induce people to quit smoking. The creation of laws and social attitudes impose restrictions on the smoker's habits, reducing their space and causing discomfort and contributing to the smoker feeling discriminated against, leading to a change of habits out of a desire to

^b Quantitative measurement for nicotine dependence, with indexes of from 0 to 4 being classified as light dependence, 5 to 7 moderate dependence and 8 to 10 serious dependence.

be included in society:

“The smoking area is shrinking. This annoys me [...] because you don't have a place to smoke [...] nobody prohibited it, but when I arrived in some people's homes there was no ashtray and it is strange not to have an ashtray, to leave everything smelling of smoke.”

“[...] legislation that prohibits smoking in public environments and all guidelines. The smoker becomes marginalized [...]. I had to leave the room to smoke [...]. I was a person without peace. I worked 15 minutes and needed to leave to smoke [...] this interfered with my profession [...]. I could not concentrate”.

“At home I used to smoke as many as I could, but I think the laws are good because if the person doesn't quit by him or herself, they are forced to do it, because you feel so discriminated that you make an extra effort [...]”.

“There was a man standing at the window, it was 0°C, and he had to put his head out the window to smoke [...] is this pleasure? No, this is the worst thing in the world, but the person does it. Do you think that this person feels well?”

From these testimonials we can infer that the law contributes to changes in social habits. What had been seen before as charming, synonym with self assurance and social ability became an incorrect and undesirable act.

“People that smoked socially as certain dependence, suddenly became ugly, it became politically incorrect to smoke [...]. I think that increasing the price of cigarettes doesn't diminish consumption [...]. I don't think this is something that is going to cause any problem to the smoker; he'll just stop buying important things [...]”.

“I think that it should be even more restrained [...] to smoke only in designated places, to prohibit smoking in halls, in front of hospitals, because people are arriving and have to face that situation.”

“With these restrictions, you lose smoking areas, and this is not very good, you don't like it. The world closes its doors. I didn't want to smoke in front of my kids [...] We were talking and laughing and suddenly I had to leave the room, go outside into the cold and rain to smoke. The smoker becomes conscious and the space is shrinking”.

“ I left the process of total freedom, to be able to smoke in the classroom as much as I wanted [...] until the situation arrived that to continue in my work, I had to quit. The process of restriction was smooth and gradual and certainly all that was important.”

“I think that work helps a lot in stopping smoking because you cannot smoke while you work [...] it's not ethical and it's not professional.”

“The laws help us, because if you leave people free, it is the same as working in an environment where everybody smokes; there is no restriction. For sure you smoke a lot more because you have time to smoke.”

It is clear with these testimonials that the pleasure of smoking combined with the addiction to nicotine are so powerful that the smoker submits to situations and circumstances that would not normally be accepted, which makes the smoker feel discriminated against and makes him/her think about the pleasures and displeasures of smoking.

Among the communitarian interventions aimed at influencing non-smoking behavior are age restrictions for the purchase of tobacco products, tobacco-free public places, media campaigns and special programs at school (Sant'anna, Araújo, & Orfalais, 2004).

Restrictions on availability, price increases and the cessation of subventions with restrictions in bars and restaurants have increased the probability of people stopping tobacco smoking. Smokers are more inclined to quit smoking if a more severe restriction is implemented. In a research study conducted in Japan, only 3.6% of the restaurants worked in compliance with tobacco restriction laws in public environments and the adoption of measures in this sense was significantly smaller in the restaurants owned by smokers (Kotani, Osaki, Kurozawa, & Kishimoto, 2005). Efforts to reduce tobacco smoking within institutions should include educational campaigns for workers, and leaflets about policies, health counseling and tobacco smoking cessation (Serra *et al.*, 2005).

The prevalence of tobacco use is lower in schools that adopt policies to inhibit tobacco and where there is forced compliance with these policies. Restrictions of tobacco in public places are also associated with the low prevalence of tobacco smoking among adolescents (Wakefield, Chaloupka, & Kaufman *et al.*, 2003; Sant'anna *et al.*, 2004). In another school study, the rate of smokers reduced 40% with the implementation of a tobacco-free environment policy (Pinilla, Gonzalez, Barber, & Santana, 2002).

During hospital stays, when patients are prohibited from smoking, it is difficult to differentiate between symptoms of nicotine abstinence and the symptoms arising from anguish, anxiety or depression inherent to hospital stays. Simple prohibition in the hospital environment is enough to those patients, needing to stimulate the creation of specialized multidisciplinary teams for the adequate management and counseling of tobacco addict patients (Halty, 2004).

“It is totally forbidden to smoke in any area of the hospital [...]. But smokers always find a place either in the basement or outside [...]. And since it is forbidden we can't [...]. before we used to smoke even inside the bus! And today we can't smoke virtually anywhere.”

Tobacco damage to the smoker's life and to those individuals exposed to the smoke justifies the measures to prohibit tobacco in public places, work and home, and the measures to stimulate the abandonment of smoking. The success of these measures depends on the implementation of binomial legislation-education, since a stronger commitment from public officials, doctors and the society in general is necessary to create a world free from tobacco (Oliveira, & Sales, 2004). Health professionals need to get involved in the process of finding legal solutions for the fight against tobacco and its prevention (Giarelli, Ledbetter, Mahon, & McElwain, 2004). It is also necessary to establish a professional and social culture that manages to eliminate the influence and damage from the tobacco industry all over the world (Hovell *et al.*, 2004).

The magnitude of environmental exposition to tobacco depends on various factors, such as the space dimensions where this occurs, the number of active smokers, the intensity of the smoke, the exposure time, the age of the exposed person, the number of active smokers, the quality of air

exchange in a closed environment and use of air purifiers (Doll, & Crofton, 1996). Public health initiatives to eliminate exposure to environmental tobacco range from building specific places for smokers with completely separated ventilation areas to the total elimination of tobacco in public places, work environments and homes, which would lead to the maximum protection of non-smokers and avoid high exposure levels of tobacco smokers in the places specific for smokers and their building costs. As well, prohibition helps the smoker to develop mechanisms to control his/her addiction (Oliveira *et al.*, 2004).

At the moment of formulating and implementing anti-tobacco policies, one should take into account habits and customs of each culture so as to also reach ethnic groups where the culture and values are different from the majority of the population (Kim, & Nam, 2005). Smokers that do not identify stopping smoking as a priority strategy for an improvement in health are less sensitive to social censorship, and should be the target of health professionals (Ratner, Johnson, & Bottorff, 1995).

It is believed that the effectiveness of anti-tobacco programs is possible by using social norms that include evidence of the damage smoking does to health as well as training on how to resist pressure to smoke.

Even though the legislation to restrain smoking initially displeased many smokers, testimonials from this study showed that it demands that smokers exercise more control over their nicotine dependence and that it shows them how dependent they are and that they need help to overcome it. The laws, according to the participants themselves, constitute a factor of positive influence in stopping smoking.

Interference of the smoking habit in social life

Prohibitions seem to emphasize the right of people to health, and wherever a smoking ban was instituted, people were helped to abandon tobacco in favor of social life. For the interviewees, knowledge about the dangers of smoking acted created awareness not only for smokers but for non-smokers of the risks to health. The more smoking restrictions increase, the greater is the social consensus that the use of tobacco is unacceptable (Milagres, 2004). Today, strategies to control smoking include not only measures to discourage starting smoking and encourage cessation, but also to protect non-smokers from second hand exposure through restricting tobacco consumption in public places and defending the rights of the non-smokers to enjoy a smoke-free environment (Serra *et al.*, 2005).

The testimonials reveal that the changes in social habits that have been occurring over the last few years created feelings of unfitness and discomfort in some smokers as they are not in agreement

with the current social standards. These feelings have contributed to leading the participants of this study to opt for changes in their behavior:

“I was a frustrated guy; everything I did depended on cigarettes; they were always in the middle [...] today society classifies the smoker as someone who’s out. This is the price, right? The smoker is a fool.”

“80% of what helped me stop smoking was social life with non-smokers [...]. I had to leave meetings to smoke and I returned upset because I knew I had this terrible smoke smell. I thought it was absurd not to share my life with people who were close to me just because of cigarettes.”

“I started to see that I was becoming isolated [...]. It was a relationship problem. To live life better I thought I had to stop. I was ashamed of people coming to hug and kiss me. I pushed them away so they could not smell me. Today I can hug people.”

“It was what also stopped me smoking [...] a small child arrives and you are smoking, you cannot get near the child [...] this counts for a lot in work.”

“[...]smoking restrictions help because nobody likes to feel excluded. Eventually you will have to be in a place that doesn’t let you smoke. To satisfy your will, you’ll have to leave the environment and then return [...]”.

“We were close to people who could smell cigarettes on us, and they looked at us strangely and said, “You stink!” You get on the bus and people pull away or look at you. That made us uncomfortable”.

In these reports, we verify that escaping to smoke interferes with professional and social life, and when the person returns, he/she feels uncomfortable with the people because the smell lingers.

“I gave up of leisure and fun activities and contacts because of cigarettes. If I was invited to stay over for the weekend and I knew that the other people didn’t smoke [...] I didn’t go”.

“ I remember when my dad smoked and how he’d leave to smoke. He used to go in the backyard, in the front of the house, outside in the street. I never saw my father smoking at home.”

“Sometimes my husband said, “Come here so we can continue our conversation,” and I’d reply, “Oh no, I am going to smoke, we’ll talk later.” Then I’d go outside or in the backyard. I didn’t like to smoke inside the house because I didn’t like to smell the smell afterwards.”

“My sons hated that we smoke (husband). They never stayed where we were smoking [...]. I didn’t like to see them going outside. This plays on your mind, that even life with my children was being harmed by cigarettes [...]. Over the years, with all these campaigns and restrictions, I became self critical of my isolation”.

These testimonials show how cigarettes interfere in social, family, work and leisure life or even in a simple hug. One of the characteristics of dependence is the progressive abandonment of other pleasures or alternative interests in favor of the use of the substance and the increase in quantity of time needed for its use (Meirelles, & Gonçalves, 2004). Restrictions seem to have provoked a change in the social context and played a positive role for the participants of this study in the process of stopping smoking, since social relations are important in people’s lives.

The World Health Organization considers the reduction of tobacco for parents and those who care for children to be a key element in improving health conditions and development for children (Roseby *et al.*, 2004). The children have more activities once they grew up, and besides family exposure, they also have the risk of being exposed to tobacco smoke in other places of social activity.

According to some studies, the association of tobacco with extroversion is weakening, possibly due to the change in how society regards tobacco consumption. Over the past number of decades, tobacco began to be considered a non-desired social habit in many countries, which has subsequently restrained the participation of smokers in social situations (Rondina, Gorayeb, & Botelho, 2004; Gilbert, McClernon, & Gilbert, 1997).

Interviewees have indicated that totally banning tobacco in public places, work environments and homes would help those who decide to quit smoking to avoid some difficulties. However, as these smokers become more vulnerable, they could return to the habit through interference of the environment. Thus, the support of friends and family members in the process of stopping smoking was valued by the interviewees. The absence of support can make this process more difficult:

“My neighbor’s mother is asthmatic and she comes to smoke in my house. I fight against it [...] but I sit down with her and she smokes because she always said that she would be a dull ex-smoker. I would like to live with smokers but this bothers me.”

“My sister teases me [...] she enters my house, lights a cigarette whenever she wants to [...] she knows I have difficulties with this [...] when I ask her not to smoke she says I don’t have any personality. She says that only a person with personality can stand not smoking while someone else is smoking. The environment becomes heavy [...] because she wants to challenge me.”

We can see by the testimonials that social change in relation to tobacco interferes in the use of the cigarette, which draws attention to the role of society in helping smokers in the difficult task of quitting.

When you talk to smokers, it is important to discuss questions relating to respect towards neighbors. Even in making a decision not to stop smoking, the smoker needs to understand that he needs to respect those who have decided to quit and that untimely behavior interferes negatively in this process.

“I am happy to have a son who doesn’t smoke. At home we threw away all the ashtrays and those who are smokers don’t smoke there; they have to go out to the backyard or the garage. People help me.”

“I decide to quit along with a friend of mine. But I managed to stop and he didn’t. Then he lied that he had stopped, too, because he saw I had quit. He helped me by never lighting up a cigarette in front of me.”

“People respect a lot my quitting smoking. People don’t smoke near me. I was very respected and supported. I liked the love and help that I got that helped me quit.”

More recent anti-tobacco programs focus on social factors that influence the acquisition of attitudes, and on strategies to resist the pressure to smoke. In this sense, environmental factors can stimulate children to smoke. Smoking parents do not represent good role models, and even frequently leave cigarettes at the disposal of children (Sant’anna *et al.*, 2004; Department of Health, 1998; Milagres, 2004).

Prohibiting smoking at home gives the idea that "smoking is bad for both the smoker and the family," and it is associated with a decrease in the risk of smoking among young people (Wakefield *et al.*, 2003; Farkas, Gilpin, White, & Pierce, 2000).

Restrictions to smoking protect people's health. In the following report, the smoker remembers how disrespecting he had been – something he perceived only after he quit:

"I was very selfish and disrespect; because I used to smoke everywhere [...] in the car, in the bedroom, in the living room [...] I used to break all the rules at home. My mother always mentioned my lack of respect towards her and the others [...]"

"Restrictions help for sure [...]. I am smoking here, you never smoked, but sometimes you are more harmed than me, so it is not only an individual issue; the collective is important, too. Restrictions bring less exposure to young people."

Further to the issue of how smoking interferes in social relations, we point out the role of the smoker in abstinence in this process and the need to report the truth about the difficulties that were undergone. For the interviewees, quitting smoking was a difficult process and disregarding that generates great frustration in the person who wants to quit.

"I remember my brother-in-law [...] when he quit smoking, he used to cry and fill his pockets with candy. Years later, he said that quitting smoking was a very easy thing. I got angry because I saw what he went through [...] the ones that don't manage feel very bad [...] they think "why are others able to while I am not".

For the interviewees to pass through the process of conscious abandon of the difficulties and barriers to be faced we presume he has knowledge as to how difficult this is in order for him to gain the strength to overcome this addiction.

In relation to tobacco addiction, there are also individual psychological reasons – both conscious and unconscious. The conscious ones can be identified as well as a ritual, stimulus, pleasure, reduction of tension, habit and vice. At the unconscious level, the act of smoking is associated with status, safety, a "social crutch", company in lonely situations (Araújo-Neto, Rassi, & Labbadia, 1998).

Many interventions from health care professionals are based on a lack of knowledge as to what caused a certain disease. However, in relation to tobacco, numerous studies have demonstrated the association to certain diseases and, even though this risk factor can be eliminated, it seems that health services have not reached expected results (Stuchi, & Carvalho, 2003).

Making smokers and abstinent smokers aware of the influence of their behavior in stopping smoking is one of the responsibilities health teams share, and it's an important step in the process.

From the testimonials we can infer that the community as a whole has an important role to play in supporting and including the smoker and, especially, collaborating in the enforcement of restrictive

measures related to tobacco, since these help in the individual's decision towards the cessation of this habit.

The results obtained are restricted to the factors related to the sample, even though we have tried to include a diversity of individuals. The study is limited also because it didn't investigate individuals who were unable to stop.

FINAL CONSIDERATIONS

Laws restricting tobacco have been created to protect the health of all citizens and have been consequences of studies that showed the damage that cigarette use causes to health. Through the testimonials it is possible to infer that these laws have contributed to changing social behaviors that have favored the cessation of tobacco smoking.

From the results, we observe that social restrictions to tobacco have acted in different ways by helping, mobilizing and educating the smoker and non-smoker on the health risks of smoking. As well, these restrictions have caused people to feel ill at ease and banning tobacco from certain places has helped in the individual process to abandon tobacco, since people want to be included and not excluded from social life.

It is understood that the participation of smokers in interdisciplinary groups that work with tobacco addiction can help increase the effectiveness of smoking cessation programs since those people have lived through the difficulties imposed by laws and social restrictions. The participation of abstinent smokers as identification models and success strategy references can also constitute a significant contribution.

Even when restrictions have not caused embarrassment and discomfort, they have contributed to a sense of displacement and encouraged participants to reflect on the pleasures and displeasures of the smoking act. In front of the inherent difficulties in stopping smoking, we believe that it is the health professional's duty to aid, stimulate, motivate and educate smokers and non-smokers of the importance to the health of the population of not smoking.

Studies that seek to understand the lives and experiences of people in the process of stopping smoking can contribute to the elaboration of strategies and policies for the prevention of tobacco. In this study, the generalization of results was conducted by the readers of the research who can better assess the depth and utility of the findings, with the goal of better understanding new cases and settings. This study is intended to contribute to understanding better the life of individuals who have stopped smoking, and contribute to better helping them.

Nicotine addiction is so strong that our subjects passed through distressing situations when they had to face social restrictions to tobacco. A suggestion for future research studies would be to assess

the behavior of smokers in face of restrictions imposed in their work environments, and provide alternatives in these situations.

REFERÊNCIAS

- Araújo-Neto AA, Rassi RH, & Labbadia EM (1998). Tabagismo e doenças cardiovasculares. In Porto CC (Ed.), *Doenças do coração, prevenção e tratamento* (pp. 133-141). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bardin L (1977). *Análise de conteúdo*. (1ª ed.) Lisboa: Edições 70.
- Blaxter L, Hughes C, & Tight M. (2001). *How to do research*. Berkshire. England.
- Brasil & INCA (2004). O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Brasília [On-line]. Available: http://www.inca.gov.br/tabagismo/31maio2004/tabag_br_folheto_04.pdf
- Brasil & INCA (2005). Legislação federal sobre o tabaco no Brasil. Brasília [On-line]. Available: www.inca.gov.br/tabagismoframeset.aspitem=economia&link=leisfederais.pdf
- Brasil Ministério da Justiça (1998). *Lei dos direitos autorais. Lei 9610 de 19 de novembro de 1998*. Brasília.
- Centers for Disease Control and Prevention (2001). Women and smoking: a report of the Surgeon. General [On-line]. Available: http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_forwomen/ata glance.htm
- Department of Health (1998). A white paper on tobacco. *The Stationery Office*.
- Doll R & Crofton J (1996). Tobacco and health. *Br Med Bull*, 52, 22-34.
- Fagerström KO, Schneider NG, & Lunell E (1993). Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatment for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology*, 111, 271-277.
- Farkas AJ, Gilpin EA, White MM, & Pierce JP (2000). Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA*, 284, 717-722.
- Giarelli E, Ledbetter N, Mahon S, & McElwain D (2004). "Not lighting up": a case study of a woman who quit smoking. *Oncol Nurs Forum*, 31, 54-63.
- Gilbert DG, McClernon FJ, & Gilbert BO (1997). The psychology of the smoker. In Bollinger CT & Fagerström KO (Eds.), *The tobacco epidemic prog* (pp. 132-150). Basel: Karger.
- Halty LS (2004). Abordagens de grupos especiais: idosos. *J Bras Pneumol*, 30, 58-61.
- Hovell M, Roussos S, Hill L, Johnson NW, Squier C, & Gyenes M (2004). Engineering clinician leadership and success in tobacco control: recommendations for policy and practice in Hungary and Central Europe. *Eur J Dent Educ*, 8, 51-60.
- Kendrick J & Merritt RK (1996). Women and smoking: an update for the 1990s. *Am J Obstet Gynecol*, 175, 528-535.
- Kim SS & Nam KA. (2005). Korean male smokers' perceptions of tobacco control policies in the United States. *Public Health Nurs*, 22, 221-229.
- Kotani K, Osaki Y, Kurozawa Y, & Kishimoto T (2005). A survey of restaurant smoking restrictions in a Japanese city. *Tohoku J Exp Med*, 207, 73-79.

- Meirelles RHS & Gonçalves CMC (2004). Abordagem cognitivo-comportamental do fumante. *J Bras Pneumol*, 30, 30-35.
- Milagres A (2004). Rio de Janeiro [On-line]. Available: www.cigarro.med.br/cap37.htm
- Minayo MCS (1994). *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Nunes MLT (1993). Entrevista Psicológica. In Cunha JA (Ed.), *Psicodiagnóstico - R* (pp. 29-50). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Oliveira MVC & Sales MPU (2004). Tabagismo passivo. *J Bras Pneumol*, 10, 65-71.
- Pinilla J, Gonzalez B, Barber P, & Santana Y (2002). Smoking in young adolescents: an approach with multilevel discrete choice models. *J Epidemiol Community Health*, 56, 227-232.
- Polit D, Beck CT, & Hungler BP (2004). *Fundamentos em pesquisa em enfermagem*. (5 ed.) Porto Alegre: ArtMed.
- Ratner PA, Johnson JL, & Bottorff JL (1995). Smokers who fail to identify smoking cessation as a health priority. *Prev Med*, 24, 389-395.
- Rondina RC, 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*. Cuiaba, Mato Grosso: Estrelinhas.
- Roseby R, Aters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, & Spencer N (2004). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *The Cochrane library*.
- Sant'anna CC, Araújo AJ, & Orfaliais CS (2004). Abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. *J Bras Pneumol*, 30, 47-54.
- Serra C, Cabezas C, Bonfill X, & Pladevall-Vila M. (2005). Interventions for preventing tobacco smoking in public places (Cochrane Review). *The Cochrane library*.
- Siener K, Malarcher A, & Husten C (2000). Women and smoking: patterns, health effects, and treatments. Office on smoking and health. *CDC*, 7, 77-84.
- Stuchi RAG & Carvalho EC (2003). Crenças dos portadores de doença coronariana, segundo o referencial de Rokeach, sobre o comportamento de fumar. *Rev.Latino-Am.Enfermagem*, 11.
- Valles MS (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid.
- Wakefield MA, Chaloupka FJ, & Kaufman NJ *et al* (2003). Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *CA Cancer J Clin*, 53, 102-123.

7.3.2 Versão em português

As restrições sociais ao fumo como fator de sucesso no abandono do tabagismo **Social restrictions on smoking as a success factor in tobacco smoking cessation**

Isabel Cristina Echer. Mestre em Educação. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS, Brasil.

Sérgio Saldanha Menna Barreto. Pós-doutorado em Ciências da Saúde. Professor titular do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Chefe do Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS. Pesquisador do CNPq. Brasil.

José Roberto Goldim. Doutor em Clínica Médica. Biólogo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Professor adjunto da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

Anna Luz. Doutora em Educação. Professora titular do Curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, RS. Brasil.

Rafaela Martins Pottes de Mello & Giordana Pinheiro da Motta. Estudantes de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsistas de Iniciação Científica/FAPERGS. Porto Alegre, RS, Brasil.

Nota dos autores: Esta pesquisa de nº 03-493 foi financiada pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Endereço para correspondência: Isabel Cristina Echer, Rua São Luiz nº 700, apto 504, Porto Alegre-RS, Cep: 90620-170. Fone: (51) 32234699/98056149. Endereço eletrônico: isabel.echer@terra.com.br

RESUMO

Este estudo avaliou a contribuição das restrições ao fumo no ambiente social para o abandono do tabagismo. Foram entrevistados 16 indivíduos que pararam de fumar há mais de seis meses, com dependência ≥ 5 pela escala de Fagerström. As informações obtidas, examinadas qualitativamente pela análise de conteúdo, mostram que o abandono do tabagismo foi resultado de um conjunto de fatores, sendo foco deste artigo as *restrições sociais ao fumo*, traduzidas pela legislação proibindo o fumo em locais públicos, e sua interferência do hábito de fumar na convivência social. Essas restrições atuam de forma a auxiliar, mobilizar e educar o fumante, o que se constitui num fator de sucesso no processo de abandono do tabagismo, uma vez que as pessoas não querem se sentir constrangidas, mas incluídas no convívio social.

Descritores: tabagismo; abandono do uso de tabaco; promoção da saúde; pesquisa qualitativa

ABSTRACT

This study examined how smoking restrictions in a social context affected smoking cessation. Sixteen individuals who had had dependency level ≥ 5 according to the Fagerström scale, and who had stopped smoking for over six months, were interviewed. Content analysis of this information shows that smoking cessation is a result of several factors. This article describes how social restriction of smoking (by legislation prohibiting smoking in public places) led to restriction of the smoker's social interaction. These restrictions had the effect of assisting, mobilizing, and educating the smoker and became a success factor in the smoking cessation process since people do not wish to be excluded from, but included in their society.

Keywords: smoking; smoking cessation; health promotion; qualitative research

INTRODUÇÃO

O hábito de fumar, advindo de uma prática cultural milenar de grupos indígenas, configura-se como uma epidemia relacionada direta ou indiretamente a diversas doenças. Ao contrário de décadas atrás, o hábito é visto atualmente como algo não desejável social e culturalmente, o que tem contribuído para coibir o ato de fumar.

Muitas doenças e óbitos prematuros em todo mundo estão associados ao tabagismo, que é a maior causa evitável de morte por doenças crônicas não-transmissíveis (Centers for Disease Control and Prevention, 2001; Kendrick, & Merritt, 1996; Siener, Malarcher, & Husten, 2000). Apesar disso, o consumo de tabaco tem aumentado no mundo e se concentrado cada vez mais em países em desenvolvimento (Brasil, & INCA, 2004).

O governo brasileiro, reconhecendo a gravidade dessa epidemia mundial e em decorrência de sua inserção no processo de negociação da Convenção-Quadro, tem investindo em ações para cumpri-la, no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e da legislação vigente no país. O Brasil, segundo país a assinar a Convenção-Quadro em junho de 2003, vem fortalecendo o compromisso com o controle do consumo de tabaco, um grave problema de saúde pública que compromete o desenvolvimento social e econômico do país (Brasil *et al.*, 2004).

No Brasil, desde 1988 existem medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho e têm sido criadas áreas destinadas exclusivamente ao tabagismo. A lei de nº 9.294/1996 proíbe o fumo e qualquer outro produto derivado do tabaco em recintos coletivos, privados ou públicos, como repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas, exceto em locais específicos para fumantes. Em 2000, a mesma passou a proibir o uso de produtos derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo e, em 2003, a venda de produtos derivados do tabaco a menores de 18 anos (Brasil, & INCA, 2005).

A propaganda de produtos de tabaco é proibida em revistas, jornais, TV, rádio, internet, outdoors, sendo permitida apenas nos pontos internos de venda. As companhias de tabaco são obrigadas a inserir mensagens de advertências com imagens ilustrativas nas embalagens dos produtos de tabaco e estão proibidas de usar descritores como light, ultralight, suave e outros (Brasil *et al.*, 2004). Essas medidas contribuíram para preservar a população da investida acirrada das indústrias do tabaco e mostram que, quando há desejo político, pode-se avançar em saúde pública (Milagres, 2004).

Para a Organização Mundial da Saúde, o mapeamento e as diretrizes de enfrentamento da epidemia do fumo são desafiadores. Sabe-se que o hábito de fumar varia de acordo com gênero, idade, aspectos socioculturais e sociogeográficos, o que determina a necessidade de se conhecer o comportamento detalhado das populações diante do hábito de fumar, a fim de se planejarem ações preventivas mais efetivas. Em todo o mundo existem leis referentes ao fumo, mas os esforços para aumentar a adesão da população variam entre os países. Há necessidade de contínua disseminação de métodos efetivos para reduzir o consumo do fumo em ambientes públicos (Serra, Cabezas, Bonfill, & Pladevall-Vila, 2005). Além disso, é fundamental o desenvolvimento de estratégias de monitoramento e vigilância para a continuidade e o aprimoramento de todas as ações.

Acredita-se que pesquisas de cunho qualitativo, baseadas em relatos de fumantes em abstinência, podem fornecer subsídios para entender os mecanismos subjacentes ao abandono do tabagismo, e que a compreensão desses processos pode apontar estratégias para o combate ao hábito de fumar.

Apesar das freqüentes campanhas de incentivo ao abandono do cigarro, pouco se sabe sobre os reais motivos que levam uma pessoa a abandonar essa dependência. Para compreender melhor

essa situação, desenvolveu-se um estudo para investigar estratégias de sucesso no abandono do tabagismo. Este artigo descreve a categoria *restrições sociais ao fumo*, um dos elementos identificados como favorecedores do processo de abandono do tabagismo.

MÉTODO

O método escolhido para compreender o problema foi o de uma pesquisa qualitativa, exploratória, com foco na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios autores (Polit, Beck, & Hungler, 2004; Bardin, 1977).

Foram entrevistados 16 indivíduos da cidade de Porto Alegre/RS, recrutados intencionalmente junto à comunidade. A amostra foi encerrada quando os pesquisadores, em discussão com os pares de seu grupo de pesquisa, perceberam que atingiram o critério da saturação das informações, ou seja, a partir do momento em que as respostas se tornaram repetitivas (Polit *et al.*, 2004; Minayo, 1994).

Para ser incluído no estudo, o indivíduo deveria ter parado de fumar há mais de seis meses e apresentado dependência ≥ 5 pela escala de Fagerström (Fagerström, Schneider, & Lunell, 1993), isto é, deveria ser dependente da nicotina.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que é credenciado junto ao Ministério da Saúde do Brasil (CEP 0001) e dos Estados Unidos (IRB 000921). Todos os participantes manifestaram concordância em fazer parte do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual continha de forma simplificada os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os riscos e benefícios previstos, garantia de privacidade das informações, de seu uso exclusivo com finalidade científica e do anonimato dos participantes. A captação dos sujeitos se deu por divulgação em cartazes, entre amigos e indicação dos próprios participantes.

As entrevistas, semi-estruturadas (Nunes, 1993), foram realizadas pela autora principal na residência ou local de trabalho dos participantes, gravadas em áudio, com duração média de 80 minutos cada. Elas serão conservadas intactas por um período de 5 anos, de acordo com Lei de Direitos Autorais 9610/98 (Brasil Ministério da Justiça, 1998).

A entrevista teve por base a conversação e, como tal, foi um evento psicológico e social (Blaxter, Hughes, & Tight, 2001) que envolveu o perguntar ou discutir o tema “Como você conseguiu parar de fumar?”. Foram abordados os motivos da decisão, as estratégias utilizadas, as mudanças de hábitos, as recaídas e a vivência de não fumar. A entrevista, semi-estruturada, garantiu que todas as questões relevantes fossem trabalhadas utilizando linguagem de domínio dos participantes. Para

manter o participante motivado, o entrevistador buscou incentivá-lo por meio de gestos ou expressões para auxiliá-lo a verbalizar a sua experiência (Valles, 2003).

Após a transcrição, as entrevistas foram examinadas com base na Análise de Conteúdo (Bardin, 1977), que envolve exploração, sistematização e operacionalização das informações, classificação e recorte das falas em unidades de significado, culminando com a interpretação das categorias e possíveis explicações para o fenômeno investigado.

A confirmação das informações se deu por meio do mecanismo de conferência com pares e pela participação de um revisor externo (Polit *et al.*, 2004), o qual fez a leitura e análise das entrevistas e elaborou um resumo interpretativo, chegando aos mesmos resultados na versão original final. Todos os pesquisadores possuem experiência e conhecimento sobre abandono do tabagismo, pesquisa qualitativa e Análise de Conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os entrevistados tinham entre 24 e 62 anos, média de 45 anos, e apresentavam diversidade quanto à profissão (do lar, zelador, técnico em gráfica, atriz, estudante e professor de nível médio e universitário, administrador, propagandista de laboratório, massoterapeuta, auxiliar administrativo e de mecânica) e ao grau de escolaridade, incluindo desde o ensino fundamental completo até o nível de pós-graduação. Eles iniciaram o uso do fumo entre 11 e 22 anos de idade, tendo o hábito de fumar durado de 9 a 42 anos, média de 26,62 anos. A quantidade de cigarros consumidos por dia variou entre 15 e 40, média de 24,93 cigarros, com pontuação na escala de Fagerström^a de 5 a 10 pontos, média de 7,43 pontos, o que significa que os indivíduos estudados eram dependentes da nicotina. Com relação a tentativas anteriores, elas variaram de nenhuma a três, e o período de abstinência dos entrevistados, por ocasião da entrevista, oscilou de 8 meses a 4 anos.

Pessoas diferentes têm diversas razões ou motivos para fumar e, dessa forma, podem ser influenciadas por variáveis individuais e sociais na decisão de parar de fumar. Para os entrevistados, a determinação em querer parar foi preponderante, seguida de apoio familiar, social e profissional (consultas individuais, participação em cursos e grupos de apoio específico), uso de bupropiona e chiclete de nicotina e utilização de artifícios (tomar água, prática de exercícios, atividade manual, mudança nos hábitos alimentares, consumo de balas, livrar-se do isqueiro e cinzeiro, dar-se presentes, utilização de piteira e de objetos que simulam o gestual do cigarro - giz e talo de plantas -, escovar os dentes com maior frequência). Embora alguns participantes não tenham buscado ajuda profissional,

^a Medida quantitativa para dependência à nicotina, sendo índices de 0 a 4 classificados como dependência leve, 5 a 7 dependência moderada e 8 a 10 dependência grave.

referem ter utilizado estratégias recomendadas por estes, como marcar data para parar, listar prazeres e malefícios do fumo e evitar a convivência com fumantes. Essas estratégias parecem ter minimizado o sofrimento dos entrevistados e constituído uma maneira de fazerem uma negociação consigo mesmos e vencer a dependência.

A legislação em vigor nos últimos anos que restringe o hábito de fumar em locais públicos parece ter modificado o consenso social sobre o tabaco, contribuindo para o abandono do hábito de fumar, uma vez que o ser humano se desenvolve e existe através da interação com os outros. A categoria restrições sociais ao fumo que emerge da análise do estudo foi dividida em duas subcategorias: a legislação proibindo o fumo em locais públicos e a interferência do hábito de fumar na convivência social.

A legislação proibindo o fumo em locais públicos

Os depoimentos revelam que o fato de o cigarro ser atualmente restrito a determinados locais e ser visto pela sociedade como prejudicial à saúde têm induzido as pessoas a deixar de fumar. A criação de leis e as determinações sociais impõem restrições aos hábitos dos fumantes, reduzindo seu espaço e acarretando desconfortos, o que contribui para que o fumante se sinta discriminado. Essa situação o leva a modificar seus hábitos, pois ele deseja ser incluído no meio social:

“O espaço do fumante está ficando cada vez menor. Isso incomoda [...] pois tu não tens espaço para fumar [...] ninguém proibia, mas chegava nas casas e não tinha um cinzeiro, e é chato não ter um cinzeiro, deixar tudo com cheiro de cigarro.”

“A legislação que proíbe fumar em ambiente público e todas as orientações [...]. O fumante fica marginalizado [...] saía da sala para fumar[...] era uma pessoa sem paz. Trabalhava 15 minutos e precisava sair para fumar[...] me atrapalhava profissionalmente [...] não conseguia me concentrar”.

“Na minha casa eu fumava quantos pudesse, acho que é bom as leis, porque se a pessoa não vai por bem ela vai por mal, porque você se sente tão discriminada que faz força [...]”.

“[...] tinha um homem na janela, um frio de 0°C, e ele com a cabeça pro lado de fora fumando [...]. Isso é prazer? Não, isso é a coisa mais horrível do mundo, mas a pessoa faz. Tu achas que essa pessoa se sente bem?”

A partir dos depoimentos, pode-se inferir que a lei contribui para a mudança de costumes sociais. O que no passado era visto como charme, sinônimo de afirmação e hábito social, passa a ser reconhecido como um ato incorreto, indesejado.

“As pessoas que fumavam socialmente numa certa dependência, de repente vira feio, politicamente incorreto fumar [...]. Acho que aumentar preço de cigarros não diminui o consumo [...] eu acho que isso não é uma coisa que vai causar problema ao fumante ele vai deixar de comprar coisas importantes [...]”.

“Acho que se tem que restringir ainda mais [...] fumar em locais determinados, proibir de fumar em saguão, em frente ao hospital, pois as pessoas estão chegando e se deparam com aquela situação”.

“Com essas restrições, tu perdes os espaços para fumar, isso de certa forma não é bom, tu não gosta disso. O mundo vai fechando as portas, eu não queria mais fumar na frente dos filhos [...] estávamos conversando e dando risadas e de repente me retirava da sala, ia lá fora, com frio, com chuva para fumar. O fumante tem consciência, e os espaços estão sendo diminuídos [...]”.

“Vivi o processo de uma liberdade total, de poder fumar em sala de aula os cigarros que quisesse [...] até a situação em que para continuar a realizar meu trabalho tive que parar. O processo de restrição foi lento e gradativo, e certamente isso tudo deve, inconscientemente, ter pesado”.

“Eu acho que o trabalho ajuda muito pra não fumar, porque não dá pra fumar no trabalho... não é ético, não é profissional”.

“É uma ajuda as leis, porque, se deixar livre, é o mesmo que trabalhar num ambiente que todo mundo fuma, não tem restrição nenhuma. Claro que aí tu fuma bem mais, porque você tem tempo de fumar”.

Percebe-se com esses depoimentos que o prazer de fumar aliado à dependência à nicotina é tão poderoso que faz com que o fumante se submeta a situações e circunstâncias não aceitas normalmente. Isso o faz sentir-se discriminado e o mobiliza a refletir sobre o prazer e o desprazer do ato de fumar.

Entre as intervenções comunitárias destinadas a influenciar o comportamento de não fumar, estão a restrição da idade para compra de tabaco, lugares públicos livres de tabaco, campanhas na mídia e programas especiais em escolas (Sant'anna, Araújo, & Orfaliais, 2004).

A restrição referente à disponibilidade do cigarro, o aumento de preços, a cessação de subsídios ao produto e as restrições em bares e restaurantes aumentam a probabilidade do abandono do tabagismo. Fumantes ficam mais propensos a largar o cigarro se uma restrição mais severa é implementada. Em pesquisa realizada no Japão, foi constatado que apenas 3,6% dos restaurantes estavam de acordo com a lei de restrição ao fumo em ambientes públicos e que a adoção de medidas nesse sentido era significativamente menor nos restaurantes de proprietários fumantes (Kotani, Osaki, Kurozawa, & Kishimoto, 2005). Esforços para reduzir o fumo dentro das instituições devem incluir campanhas educacionais para os funcionários, envio de panfletos sobre a política, aconselhamento de saúde e cessação do tabagismo (Serra *et al.*, 2005).

A prevalência de uso de tabaco é mais baixa em escolas que adotam políticas para proibir o tabaco e que obrigam o cumprimento dessas políticas. As restrições ao tabaco em lugares públicos também estão associadas à baixa prevalência de tabagismo entre os adolescentes (Wakefield, Chaloupka, & Kaufman *et al.*, 2003; Sant'anna *et al.*, 2004). Outro estudo, realizado em escolas, mostra que, as taxas de fumantes foram reduzidas em 40% com a implantação de uma política por um ambiente livre de tabaco (Pinilla, Gonzalez, Barber, & Santana, 2002).

Durante a internação hospitalar, em que os pacientes são proibidos de fumar, é difícil diferenciar entre sintomas de abstinência da nicotina e os ocasionados por angústia, ansiedade ou

depressão inerentes à internação. A simples proibição do tabagismo em ambientes hospitalares é insuficiente para a abordagem desses pacientes, devendo-se estimular a criação de equipes multidisciplinares especializadas para o adequado manejo e aconselhamento dos pacientes tabagistas (Halty, 2004).

“É totalmente proibido fumar em qualquer área do hospital [...]. Mas sempre dão um jeitinho de ir no cantinho lá no subsolo, ou lá na rua... E como é proibido a gente não tem como [...] antigamente se fumava até dentro do ônibus! E hoje em dia não podes fumar em lugar nenhum praticamente”.

Os danos da exposição ao tabaco à vida de fumantes e dos indivíduos expostos ao fumo e à poluição ambiental justificam medidas para a proibição do tabagismo em locais públicos, de trabalho e domiciliares, e o estímulo ao abandono do fumo. O sucesso dessas medidas depende da implementação do binômio legislação-educação, fazendo-se necessário maior compromisso do poder público, de médicos e da sociedade para criar um mundo livre de tabaco (Oliveira, & Sales, 2004). Os profissionais de saúde precisam se envolver no processo de encontrar soluções legislativas para o combate e prevenção do tabagismo (Giarelli, Ledbetter, Mahon, & McElwain, 2004). Também é necessário estabelecer uma cultura profissional e social que acabe com a influência da indústria de tabaco em todo o mundo (Hovell *et al.*, 2004).

A magnitude da exposição ambiental ao tabaco depende de vários fatores, como dimensão do espaço onde ocorre a exposição, número de fumantes ativos, intensidade do fumo, tempo de exposição, idade da pessoa exposta, frequência de troca de ar no ambiente fechado e uso de purificadores de ar (Doll, & Crofton, 1996). As ações de saúde pública para eliminar a exposição ao tabagismo ambiental vão desde a construção de locais específicos para fumantes com áreas e ventilação totalmente separadas, até o banimento total do tabagismo dos locais públicos, dos ambientes de trabalho e dos lares, o que levaria à proteção máxima aos não-fumantes, evitaria a superexposição dos tabagistas nos locais específicos para fumantes e os custos com a construção dos mesmos. Além disso, a proibição ajuda o fumante a desenvolver mecanismos de controle sobre a sua dependência (Oliveira *et al.*, 2004).

No momento de formular e implementar as políticas antitabagismo, devem ser levados em consideração os hábitos e crenças de cada cultura, para também serem atingidos grupos étnicos cuja cultura e valores forem diferentes dos da maioria da população (Kim, & Nam, 2005). Fumantes que não identificam o parar de fumar como uma estratégia prioritária para uma melhora na sua saúde são menos sensíveis às censuras sociais, devendo ser alvos dos profissionais de saúde (Ratner, Johnson, & Bottorff, 1995).

Acredita-se que a efetividade dos programas antitabagistas pode ser potencializada quando se utilizam normas sociais que incluem conteúdos acerca dos malefícios do fumo sobre a saúde e treinamento de como resistir às pressões para fumar.

Embora a legislação de restrição ao fumo tenha inicialmente desagradado a muitos fumantes, os depoimentos deste estudo evidenciam que ela colabora para o fumante adquirir controle sobre a dependência à nicotina e mostrar a si o quanto é dependente e necessita de ajuda para vencê-la. As leis, segundo os próprios participantes, constituem um fator de influência positiva para o abandono do fumo.

A interferência do hábito de fumar na convivência social

As proibições parecem enfatizar o direito das pessoas à saúde e, onde quer que o banimento do fumo tenha acontecido, elas acabaram ajudando as pessoas a abandonar o tabaco em favor da convivência social. Para os entrevistados, o conhecimento sobre os malefícios do fumo atuou no sentido de conscientizar não apenas os fumantes, mas também os não-fumantes, sobre os riscos para a sua saúde. Com o aumento das restrições ao fumo, maior é o consenso social de que o uso de tabaco é inaceitável (Milagres, 2004). Cada vez mais as estratégias do controle do fumo não incluem apenas medidas para desencorajar o início do uso e estimular a cessação, mas também para proteger os não-fumantes da exposição passiva através da restrição ao consumo de tabaco em lugares públicos e da defesa dos direitos dos não-fumantes de desfrutar um ambiente livre de fumaça (Serra *et al.*, 2005).

As falas revelam que as mudanças nos hábitos sociais que vêm ocorrendo nos últimos anos provocam em alguns fumantes sentimentos de inadequação e desconforto por estarem em desacordo com os padrões sociais vigentes. Esses sentimentos parecem ter contribuído para que os participantes deste estudo optassem por mudanças de comportamento:

“Era um cara frustrado, tudo que fazia dependia do cigarro, ele estava sempre no meio [...] hoje a sociedade classifica o fumante como um cara nada a ver. É o preço, não é? Fumante é um otário”.

“80% do que me ajudou a parar de fumar foi a convivência com não-fumantes... necessitava sair da reunião para fumar e voltava chateada, pois sabia que estava com cheiro horrível de cigarro. Achava absurdo deixar de conviver com pessoas queridas devido ao cigarro”.

“Comecei a ver que estava ficando sozinha [...] foi uma questão relacional. Para viver mais a vida, achava que tinha que parar. Ficava com vergonha das pessoas quando vinham me abraçar e beijar. Empurrava para elas não sentirem o meu cheiro. Hoje eu abraço as pessoas”.

“Foi o que também me levou a parar de fumar [...] chega uma criança pequena ali e tu está fumando, não pode chegar perto da criança [...] isso conta muito no trabalho”.

“As restrições ao fumo auxiliam, porque ninguém gosta de se sentir excluído. Inevitavelmente tu vai ter que ir num local que tu não podes fumar. Aí vais ter que sair do ambiente, sair, retornar, sair, retornar, para satisfazer aquela vontade”.

“A gente chegava perto das pessoas com aquele cheiro de cigarro, as pessoas olhavam pra gente com uma cara assim, “pô, que fedor”, não é? Entrava num ônibus, as pessoas fazem assim, saem de perto, olhavam pra ti. Então a gente ficava constrangido [...]”.

Nesses relatos se constata que as saídas para fumar interferem profissional e socialmente, e que os contatos no retorno causam constrangimento ao fumante, que sabe que o odor do cigarro permanece.

“Abria mão de determinados lazeres, prazeres e convivências por causa do cigarro. Se fosse convidada para passar um fim de semana e sabia que aquelas pessoas não fumavam... abdicava do convite”.

“Lembro do pai fumando e quando ele ia fumar saía: ia para o pátio, para frente da casa, fumava na rua. Nunca vi meu pai fumando dentro de casa”.

“Às vezes o marido dizia ‘vem fumar aqui pra gente continuar conversando’, eu dizia ‘ah, não, vou fumar, depois a gente conversa’. Daí eu ficava na área, ou na sala, ou no pátio. Eu não gostava de fumar dentro de casa, não gostava de sentir o cheiro depois”.

“Meus filhos odiavam que nós fumássemos (marido). Eles saíam de lugares em que estávamos [...] não gostava de ver eles saírem. Tu fica processando, até o convívio com meu filho o cigarro está prejudicando [...] ao longo do tempo, com essas campanhas e as restrições, fez com que aos poucos eu própria fizesse a autocrítica do meu auto-isolamento”.

Por esses depoimentos, fica evidente para os entrevistados a interferência do cigarro na convivência social, familiar, de trabalho, de lazer, ou no gesto de um simples abraço. Uma das características da dependência é o progressivo abandono de outros prazeres ou interesses em favor do uso da substância e o aumento da quantidade de tempo dispensado para seu uso (Meirelles, & Gonçalves, 2004). As restrições parecem ter provocado modificação no contexto social e exercido nos participantes deste estudo um papel positivo no processo de abandono do tabagismo, por serem as relações sociais importantes na vida das pessoas.

A Organização Mundial da Saúde considera a redução do tabagismo dos pais e das pessoas que cuidam de crianças elemento-chave para melhorar as condições de saúde e o desenvolvimento das mesmas (Roseby *et al.*, 2004). À medida que crescem, as crianças vão tendo mais atividades e, assim, além da exposição domiciliar, correm o risco de ficarem expostas também em outros locais de atividade social.

Na opinião de alguns estudiosos, vem diminuindo a associação entre tabagismo e extroversão, possivelmente em decorrência da mudança na visão social acerca do consumo de tabaco. Nas últimas décadas, o tabagismo passou a ser considerado um hábito socialmente não desejável em muitas nações, restringindo, assim, a participação de fumantes em situações de interação social (Rondina, Gorayeb, & Botelho, 2004; Gilbert, Mcclernon, & Gilbert, 1997).

Os entrevistados indicam que a prática do banimento total do tabagismo nos locais públicos, ambientes de trabalho e lares evitaria alguns constrangimentos para a pessoa que opta por parar de fumar e que, encontrando-se ainda vulnerável, pode voltar ao hábito por interferência do meio. Por isso, o apoio de amigos e familiares, no processo de abandono do fumo, foi valorizado pelos entrevistados como importante, enquanto a ausência de apoio pode comprometer esse processo:

“A mãe da minha vizinha tem asma e ela vai fumar lá em casa. Eu brigo [...] mas sento com ela e ela fuma, pois sempre dizia que não seria uma ex-fumante chata. Queria conviver com os fumantes, mas isso incomoda”.

“Minha irmã me bota à prova [...] vem na minha casa, acende cigarro quando quer [...] sabe da minha dificuldade [...] quando peço para não fumar diz que eu não tenho personalidade. Que só uma pessoa com personalidade agüenta sem fumar tendo outro fumando. Então fica um clima muito pesado [...] pois ela quer me desafiar”.

Evidencia-se pelos depoimentos que a mudança social em relação ao tabagismo interfere no uso do cigarro, o que alerta para o papel que toda a sociedade tem de ajudar os fumantes no difícil processo de parar de fumar.

Nas investidas com os fumantes, acredita-se que é importante discutir questões referentes ao respeito ao próximo. Mesmo não optando por parar de fumar, o fumante precisa compreender que é a necessário respeitar quem tomou a decisão de parar e que o comportamento inoportuno pode interferir negativamente neste processo.

“Tenho a felicidade de ter um filho não-fumante, lá em casa colocamos fora todos os cinzeiros e quem é fumante não fuma lá, tem que fumar na garagem ou no pátio. As pessoas colaboraram comigo”.

“Eu resolvi parar junto com meu amigo. Mas eu parei e ele não parou. Aí ele mentia que não estava fumando, porque viu que eu tinha parado. Ele acabou me dando uma força nunca acendendo cigarro na minha frente”.

“As pessoas respeitaram muito o meu deixar de fumar. Elas não fumavam perto de mim, mas agora não é claro. Eu fui muito respeitada e estimulada, eu gostei muito do carinho e da ajuda que eu recebi para conseguir parar de fumar”.

Os programas antitabagismo mais recentes enfocam a ação nos fatores sociais que influenciam a aquisição de atitudes e em estratégias para resistir às pressões para fumar. Nesse sentido, os fatores ambientais podem propiciar às crianças um quadro que as estimula a fumar. Pais fumantes não só constituem um modelo de comportamento, mas, com frequência, deixam o cigarro à disposição (Sant'anna *et al.*, 2004; Department of Health, 1998; Milagres, 2004).

A proibição de fumar no ambiente domiciliar remete à mensagem de que "fumar é insalubre para ambos, o fumante e a família" e está associada à diminuição do risco de tabagismo entre os jovens (Wakefield *et al.*, 2003; Farkas, Gilpin, White, & Pierce, 2000).

As restrições ao fumo têm o objetivo de proteger a saúde das pessoas. No relato a seguir, o informante lembra o quanto foi desrespeitado, percebendo isso somente quando deixou de fumar:

“Era muito egoísta e muito desrespeitador porque fumava em qualquer ambiente, [...]no carro, em casa, no quarto, na sala [...] eu sempre quebrava as regras lá em casa. A mãe sempre questionava a minha falta de respeito para com ela e com os outros [...]”.

“As restrições com certeza colaboram [...] estou fumando aqui, tu nunca fumou, mas às vezes tu podes estar sendo mais prejudicada do que eu, então não é uma questão somente individual, as questões coletivas são importantes. As restrições facilitaram pra a juventude ficar menos exposta [...]”.

Ainda com relação à interferência do hábito de fumar nos relacionamentos sociais, destaca-se o papel do fumante em abstinência e a necessidade de ele relatar a verdade sobre as dificuldades que vivenciou. Para os entrevistados, o abandono do tabagismo foi um processo difícil; desconsiderar isso gera grande frustração na pessoa que deseja parar de fumar.

“Lembro do meu cunhado [...] quando deixou de fumar, chorava e enchia os bolsos de balas. Anos depois, dizia que parar de fumar era a coisa mais fácil. Eu ficava com raiva porque vi o que ele passou [...] quem não consegue se sente uma ameiba porque os outros conseguem e ele não”.

Para os entrevistados, passar pelo processo de abandono pressupõe, antes de qualquer coisa, ter o conhecimento das dificuldades e barreiras a serem enfrentadas; depois, é preciso reunir forças para conseguir transpor a dependência.

A dependência do tabaco está relacionada a motivações psicológicas individuais, conscientes e inconscientes. Entre as conscientes, o cigarro é visto como ritual, estímulo, prazer, agente de redução da tensão, hábito e vício. Em nível inconsciente, o ato de fumar está associado a status, segurança, é "muleta social" e companhia em situações de solidão (Araújo-Neto, Rassi, & Labbadia, 1998).

Muitas vezes, as intervenções dos profissionais da área de saúde buscam suprir uma presumível falta de conhecimento do indivíduo a respeito do que causou o aparecimento de determinada doença. Inúmeros trabalhos já demonstraram a associação do tabagismo com certas doenças, no entanto, embora esse fator de risco possa ser eliminado, os serviços de saúde não têm conseguido fazer as pessoas abandonar o tabagismo (Stuchi, & Carvalho, 2003).

Conscientizar os fumantes da influência do seu comportamento tabágico sobre os fumantes em abstinência e não-fumantes é uma das responsabilidades das equipes de saúde e um passo importante nesse processo.

A partir dos depoimentos, pode-se inferir que a comunidade como um todo tem importante responsabilidade no sentido de apoiar e acolher o fumante e, em especial, de colaborar para a implantação de medidas restritivas ao fumo, visto que elas atuam na decisão individual de abandonar o hábito.

Os resultados obtidos ficam restritos a fatores relacionados à amostra, a despeito de se ter procurado diversidade de indivíduos. O estudo limitou-se também por não abordar indivíduos que não conseguiram parar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As leis de restrição ao fumo criadas para proteger a saúde de todos os cidadãos foram conseqüência de estudos que comprovaram os malefícios do cigarro à saúde. Pelos depoimentos, é possível inferir que as leis contribuíram para mudar comportamentos sociais, o que favoreceu o abandono do tabagismo.

A partir dos resultados, observa-se que as restrições sociais ao fumo têm atuado de diferentes maneiras, auxiliando, mobilizando e educando o fumante e o não-fumante sobre os malefícios do cigarro. Além disso, elas têm constrangido e banido o fumo em alguns locais, o que colabora para o processo individual de abandono do tabagismo, eis que as pessoas querem ser incluídas e não excluídas do convívio social.

Entende-se que a participação de fumantes nos grupos interdisciplinares que trabalham com o tabagismo possa colaborar para aumentar a eficácia dos processos de abandono do cigarro, já que se trata de pessoas que vivenciam as dificuldades impostas pelas leis e restrições sociais que atualmente regem o nosso país. A participação de fumantes em abstinência como modelos de identificação e referenciais de estratégias de sucesso também pode constituir uma contribuição significativa.

Embora as restrições sociais tenham causado constrangimentos e desconfortos, elas contribuíram para desacomodar e mobilizar os participantes a refletirem sobre o prazer e desprazer do ato de fumar. Diante das dificuldades inerentes ao parar de fumar, acredita-se que cabe aos profissionais de saúde auxiliar, estimular, mobilizar e conscientizar os fumantes e não-fumantes sobre a importância do não fumar para a saúde da população.

Estudos que buscam compreender as vivências e percepções das experiências no processo de abandono do tabagismo podem contribuir para a elaboração de estratégias e políticas de prevenção do tabagismo. Neste estudo, a generalização dos resultados se dá através dos leitores da pesquisa, os quais podem avaliar em que medida os achados podem contribuir para melhor entender casos em sua área de atuação. Com esta pesquisa, buscou-se lançar um olhar sobre a vivência de indivíduos que pararam de fumar e contribuir para melhor assisti-los.

Como se constatou, a dependência à nicotina fez com que os pesquisados passassem por situações constrangedoras ao se depararem com restrições sociais ao tabaco. Para futuras pesquisas, sugere-se avaliar o comportamento dos fumantes com relação às restrições impostas em seu ambiente de trabalho e propor alternativas.

REFERÊNCIAS

- Araújo-Neto AA, Rassi RH, & Labbadia EM (1998). Tabagismo e doenças cardiovasculares. In Porto CC (Ed.), *Doenças do coração, prevenção e tratamento* (pp. 133-141). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bardin L (1977). *Análise de conteúdo*. (1ª ed.) Lisboa: Edições 70.
- Blaxter L, Hughes C, & Tight M. (2001). *How to do research*. Berkshire. England.
- Brasil & INCA (2004). O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Brasília [On-line]. Available: http://www.inca.gov.br/tabagismo/31maio2004/tabag_br_folheto_04.pdf
- Brasil & INCA (2005). Legislação federal sobre o tabaco no Brasil. Brasília [On-line]. Available: www.inca.gov.br/tabagismoframeset.aspitem=economia&link=leisfederais.pdf
- Brasil Ministério da Justiça (1998). *Lei dos direitos autorais. Lei 9610 de 19 de novembro de 1998*. Brasília.
- Centers for Disease Control and Prevention (2001). Women and smoking: a report of the Surgeon. General [On-line]. Available: http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_forwomen/ata glance.htm
- Department of Health (1998). A white paper on tobacco. *The Stationery Office*.
- Doll R & Crofton J (1996). Tobacco and health. *Br Med Bull*, 52, 22-34.
- Fagerström KO, Schneider NG, & Lunell E (1993). Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatment for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology*, 111, 271-277.
- Farkas AJ, Gilpin EA, White MM, & Pierce JP (2000). Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA*, 284, 717-722.
- Giarelli E, Ledbetter N, Mahon S, & McElwain D (2004). "Not lighting up": a case study of a woman who quit smoking. *Oncol Nurs Forum*, 31, 54-63.
- Gilbert DG, McClernon FJ, & Gilbert BO (1997). The psychology of the smoker. In Bollinger CT & Fagerström KO (Eds.), *The tobacco epidemic prog* (pp. 132-150). Basel: Karger.
- Halty LS (2004). Abordagens de grupos especiais: idosos. *J Bras Pneumol*, 30, 58-61.
- Hovell M, Roussos S, Hill L, Johnson NW, Squier C, & Gyenes M (2004). Engineering clinician leadership and success in tobacco control: recommendations for policy and practice in Hungary and Central Europe. *Eur J Dent Educ*, 8, 51-60.
- Kendrick J & Merritt RK (1996). Women and smoking: an update for the 1990s. *Am J Obstet Gynecol*, 175, 528-535.
- Kim SS & Nam KA. (2005). Korean male smokers' perceptions of tobacco control policies in the United States. *Public Health Nurs*, 22, 221-229.
- Kotani K, Osaki Y, Kurozawa Y, & Kishimoto T (2005). A survey of restaurant smoking restrictions in a Japanese city. *Tohoku J Exp Med*, 207, 73-79.
- Meirelles RHS & Gonçalves CMC (2004). Abordagem cognitivo-comportamental do fumante. *J Bras Pneumol*, 30, 30-35.

- Milagres A (2004). Rio de Janeiro [On-line]. Available: www.cigarro.med.br/cap37.htm
- Minayo MCS (1994). *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Nunes MLT (1993). Entrevista Psicológica. In Cunha JA (Ed.), *Psicodiagnóstico - R* (pp. 29-50). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Oliveira MVC & Sales MPU (2004). Tabagismo passivo. *J Bras Pneumol*, 10, 65-71.
- Pinilla J, Gonzalez B, Barber P, & Santana Y (2002). Smoking in young adolescents: an approach with multilevel discrete choice models. *J Epidemiol Community Health*, 56, 227-232.
- Polit D, Beck CT, & Hungler BP (2004). *Fundamentos em pesquisa em enfermagem*. (5 ed.) Porto Alegre: ArtMed.
- Ratner PA, Johnson JL, & Bottorff JL (1995). Smokers who fail to identify smoking cessation as a health priority. *Prev Med*, 24, 389-395.
- Rondina RC, 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*. Cuiaba, Mato Grosso: Estrelinhas.
- Roseby R, Aters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, & Spencer N (2004). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *The Cochrane library*.
- Sant'anna CC, Araújo AJ, & Orfalais CS (2004). Abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. *J Bras Pneumol*, 30, 47-54.
- Serra C, Cabezas C, Bonfill X, & Pladevall-Vila M. (2005). Interventions for preventing tobacco smoking in public places (Cochrane Review). *The Cochrane library*.
- Siener K, Malarcher A, & Husten C (2000). Women and smoking: patterns, health effects, and treatments. Office on smoking and health. *CDC*, 7, 77-84.
- Stuchi RAG & Carvalho EC (2003). Crenças dos portadores de doença coronariana, segundo o referencial de Rokeach, sobre o comportamento de fumar. *Rev.Latino-Am.Enfermagem*, 11.
- Valles MS (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid.
- Wakefield MA, Chaloupka FJ, & Kaufman NJ *et al* (2003). Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *CA Cancer J Clin*, 53, 102-123.

7.4 ARTIGO CIENTÍFICO 4

7.4.1 Versão em português

Abandono do tabagismo: um olhar sobre a vivência de indivíduos que pararam de fumar^a

Smoking cessation: an overview of the individuals' experience who quit smoking

Abandono del tabaquismo: una mirada desde la vivencia de individuos que han parado de fumar

Isabel Cristina Echer. Mestre em Educação. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS, Brasil.

Sérgio Saldanha Menna Barreto. Pós-doutorado em Ciências da Saúde. Professor titular do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Chefe do Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS. Pesquisador do CNPq. Brasil.

Giordana Pinheiro da Motta. Estudante de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista de Iniciação Científica/CNPq. Porto Alegre, RS, Brasil.

Extraído da tese de doutorado intitulada "Fatores de sucesso no abandono do tabagismo", a ser apresentada no Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. RS. 2006.

Pesquisa de nº 03-493 parcialmente financiada pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Endereço para correspondência: Isabel Cristina Echer, Rua São Luiz nº 700, apto 504, Porto Alegre-RS, Cep: 90620-170. Endereço eletrônico: isabel.echer@terra.com.br

^a Ainda não encaminhado a Revista.

RESUMO

Para avaliar fatores que contribuíram para o sucesso no abandono do tabagismo, foram entrevistados 16 indivíduos que pararam de fumar há mais de seis meses, com dependência ≥ 5 na escala de Fagerström. As informações foram examinadas qualitativamente pela Análise de Conteúdo, evidenciando sete categorias: determinação de abandonar o tabagismo, apoio recebido, informação sobre os malefícios do cigarro, campanhas de esclarecimento, utilização de artifícios, restrições sociais e benefícios relacionados ao parar de fumar. Os resultados apontam a necessidade de os indivíduos estarem determinados a parar de fumar e de os profissionais de saúde, grupos familiar e social apoiarem, compreenderem e motivarem os fumantes a abandonarem o tabagismo; as restrições sociais mobilizam e educam, assim como constroem e banem o fumar em alguns locais públicos e usufruir os benefícios advindos do ato de parar de fumar constitui uma importante contribuição para manterem-se longe do fumo; informações e campanhas que alertam para os prejuízos à saúde desacomodam o fumante e reforçam a conscientização e o comprometimento com a decisão de parar de fumar; os artifícios utilizados auxiliam na substituição da vontade de fumar. O processo não é igual para todos e cada indivíduo precisa escolher o seu caminho.

Descritores: tabagismo, abandono do uso de tabaco, promoção da saúde, pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

To assess factors that contribute to the success in tobacco smoking cessation we have interviewed 16 smokers in abstinence for more than six months with a dependence ≥ 5 in the Fagerström scale. Interviews were examined by the Content Analysis and seven categories emerged: determination to tobacco smoking cessation, support received, information on the misdeeds of cigarettes, elucidating campaigns, the use of artifices, social restrictions to smoking and benefits related to smoking cessation. Results point out to the need of the individuals to be determined to quit smoking and the support of health professionals and family and social members to support, understand and motivate smokers to cease tobacco smoking; social restrictions mobilize and educate, as well as restrain and ban smoking in public places and the disclosure of the benefits arising from the act of stop smoking is an important contribution that keep them abstemious from smoking; information and campaigns that alert to harms to health displace smokers and reinforce the awareness and the commitment with the decision to quit smoking; artifices used help in the substitution of will to smoke. The process of tobacco smoking cessation did not occur the same way among individuals of the studied group, each one had to choose the best way to remain far from the habit.

Keywords: smoking, smoking cessation, health promotion, qualitative research.

RESUMEN

Para evaluar factores que contribuyen al éxito en el abandono del tabaquismo se entrevistó a 16 fumadores en abstinencia con más de seis meses con dependencia ≥ 5 en la escala de Fagerström. Del Análisis de Contenido emergieron siete categorías: determinación de abandonar el tabaquismo, apoyo recibido, información sobre los males del cigarrillo, campañas de aclaración, utilización de artificios, restricciones sociales al tabaco y beneficios relacionados al parar de fumar. Los resultados apuntan la necesidad de que los individuos estén determinados a parar de fumar y de que los profesionales de salud, grupos familiar y social apoyen, comprendan y animen a los fumadores a abandonar el tabaquismo; las restricciones sociales movilizan y educan, así como inhiben y prohíben el fumar en sitios públicos y la divulgación de los beneficios aportados del acto de parar de fumar constituye una importante contribución que los mantienen abstemios del tabaco; informaciones y campañas que alertan para los daños a la salud desacomodan al fumador y refuerzan la concienciación y el comprometimiento con la decisión de parar de fumar; los artificios utilizados auxilian en la substitución del deseo de fumar. El proceso de abandono del tabaquismo no ocurrió del mismo modo entre los individuos del grupo estudiado, cada uno eligió la mejor solución para alejarse del hábito.

Descriptor: tabaquismo, cese del tabaquismo, promoción de la salud, investigación cualitativa.

INTRODUÇÃO

O abandono do tabagismo é o melhor e mais econômico meio de prevenção, tratamento e cura de várias doenças, apresentando um impacto significativo na melhoria da qualidade de vida da população. É alta a frequência de dependência do tabagismo, inclusive nos países em desenvolvimento, existindo cerca de 1,3 bilhão de pessoas fumantes no mundo⁽¹⁾. Por isso, é preciso pensar em formas de incrementar a adesão dos fumantes à decisão de parar de fumar.

As pessoas têm diversas razões ou motivos para fumar, podendo por isso ser influenciadas por variáveis individuais e fatores situacionais que interagem na decisão de parar de fumar.

Os profissionais de saúde precisam discutir com os tabagistas sobre as dificuldades do abandono e os meios para enfrentá-las, em uma abordagem sem censura, procurando identificar os fatores que os levam a recair e preparando-os para uma próxima tentativa^(2:3). Muitos fumantes tentam parar de fumar sozinhos, porém a maioria não o consegue por apresentar sintomas de abstinência, reconhecendo-os como tal ou não^(4:5).

A abordagem cognitivo-comportamental tem como objetivo a detecção de situações de risco que levam o indivíduo a fumar e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. O fumante precisa seguir sua rotina e aprender a resistir à vontade de fumar; é necessário que ele seja estimulado a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento. Medicamentos podem ser utilizados para reduzir os sintomas da síndrome de abstinência, facilitando o abandono do hábito de fumar⁽⁶⁾. Na estratégia de abordagem, é também importante valorizar os aspectos próprios da idade, características de personalidade do indivíduo, o estilo e a qualidade de vida, reforçando atitudes e habilidades para enfrentar as situações que levam ao tabagismo⁽⁷⁾.

Apesar das freqüentes campanhas de incentivo ao abandono do cigarro, pouco se sabe sobre os reais motivos que levam uma pessoa a abandonar essa dependência. Assim, desenvolveu-se um estudo com o objetivo de investigar fatores que contribuem para o sucesso no abandono do tabagismo em longo prazo.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, da qual fizeram parte 16 indivíduos recrutados intencionalmente junto à comunidade de Porto Alegre/RS. A coleta de informações foi encerrada quando os pesquisadores, em discussão com os pares de seu grupo de pesquisa, perceberam que haviam atingido o critério da saturação das informações, ou seja, a partir do momento em que as respostas se tornaram repetitivas⁽⁸⁻¹⁰⁾. Os critérios de inclusão dos indivíduos no estudo foram ter parado de fumar há mais de seis meses e ter apresentado dependência à nicotina ≥ 5 pela escala de Fagerström⁽¹¹⁾. A captação dos sujeitos se deu por intermédio de cartazes, divulgação entre

amigos e indicação dos próprios participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e todos os participantes concordaram em fazer parte do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual continha de forma simplificada os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os riscos e benefícios previstos, a garantia de privacidade das informações e do seu uso exclusivo com finalidade científica e a garantia de anonimato dos participantes. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas⁽¹²⁾, pela autora principal, na residência ou local de trabalho dos participantes, com duração média de 80 minutos cada. As entrevistas, gravadas em áudio, serão conservadas intactas por um período de 5 anos de acordo com Lei de Direitos Autorais 9610/98⁽¹³⁾. A partir da questão norteadora “Como ocorre o processo bem sucedido de abandono do tabagismo?”, foram abordados os motivos da decisão, as estratégias utilizadas, mudanças de hábitos, recaídas e vivência de não fumar.

Após a transcrição, as entrevistas foram examinadas pela Análise de Conteúdo⁽¹⁰⁾, que envolveu exploração, sistematização e operacionalização das informações, sendo as falas classificadas e recortadas pela diferenciação e, posteriormente, pela agregação em unidades de significado, culminando com a interpretação das categorias e possíveis explicações para o fenômeno investigado.

A confirmação das informações se deu por meio do mecanismo de conferência com pares e pela participação de um revisor externo⁽⁸⁾, o qual fez a leitura e análise das entrevistas e elaborou um resumo interpretativo, chegando aos mesmos resultados da versão original final.

Visando manter o anonimato, os depoimentos foram identificados por códigos numéricos que distinguem o entrevistado e sua pontuação na escala de Fagerström (exemplo: E1F5 - entrevistado número 1; pontuação 5 na escala).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os entrevistados tinham entre 24 e 62 anos, média de 45 anos, e apresentavam diversidade quanto à profissão (do lar, zelador, técnico em gráfica, atriz, estudante e professor de nível médio e universitário, administrador, propagandista de laboratório, massoterapeuta, auxiliar administrativo e de mecânica) e ao grau de escolaridade, incluindo desde o ensino fundamental completo até o nível de pós-graduação. Eles iniciaram o uso do fumo entre 11 e 22 anos de idade, tendo o hábito de fumar durado de 9 a 42 anos, média de 26,62 anos. A quantidade de cigarros consumidos por dia variou entre 15 e 40, média de 24,93 cigarros, com pontuação na escala de Fagerström^b de 5 a 10 pontos, média

^b Medida quantitativa para dependência à nicotina, sendo índices de 0 a 4 classificados como dependência leve, 5 a 7 dependência moderada e 8 a 10 dependência grave.

de 7,43 pontos, o que significa que os indivíduos estudados eram dependentes da nicotina (Tabela 1). Com relação a tentativas anteriores, elas variaram de nenhuma a três e o período de abstinência, por ocasião da entrevista, oscilou de oito meses a quatro anos.

A análise qualitativa das entrevistas resultou em indicadores que foram agrupados em sete categorias, divididas em subcategorias. Utilizaram-se títulos que melhor expressassem o conteúdo desvelado pelos participantes com relação a fatores de sucesso no abandono do tabagismo. Para dar melhor visibilidade aos resultados encontrados, apresenta-se a Figura 1:

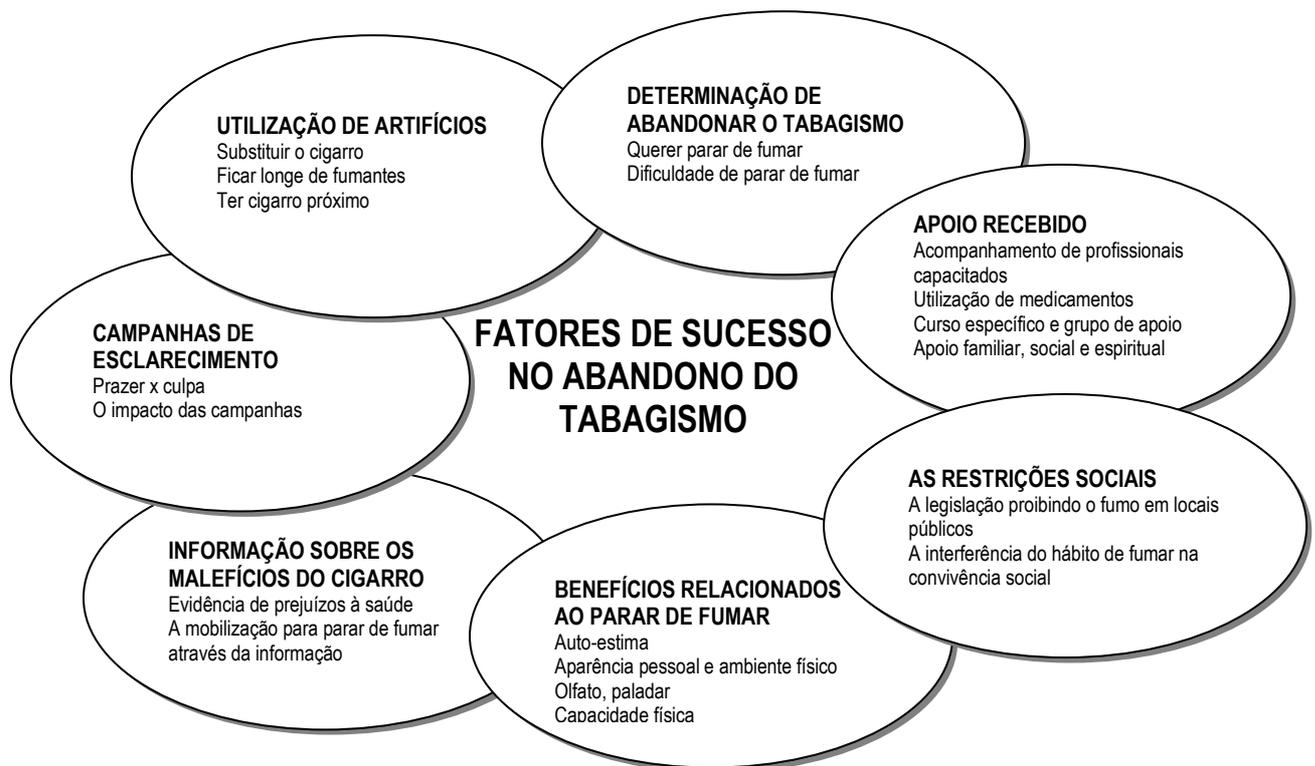


Figura 1 – Fatores de sucesso no abandono do tabagismo: categorias e subcategorias resultantes da análise das informações dos participantes do estudo. Porto Alegre, 2006.

Categoria 1 - Determinação de abandonar o tabagismo

Os participantes revelam que a decisão de parar de fumar foi determinante para o sucesso do abandono do tabagismo. Também referem que é o próprio indivíduo que precisa tomar essa decisão e que os grupos familiar e social podem motivar, apoiar e auxiliar o fumante a tomar a decisão. Para eles, o abandono ocorreu como resultado de um processo longo e difícil, com sucessos e recaídas, para os quais precisaram estar preparados. Essa categoria foi dividida em duas subcategorias:

(A) *Querer parar de fumar* – Os depoimentos evidenciam o quão difícil e sofrido foi para os entrevistados o processo de parar de fumar, implicando reflexão, vontade pessoal, disposição para

enfrentar barreiras e a necessidade de eles estarem determinados, a fim de conseguir permanecer longe do cigarro:

Eu decidi, decidi mesmo [...] o mais importante é ter força de vontade. E1F5

Botei na cabeça que ia parar de fumar e parei. É uma elaboração racional do que eu quero, para onde eu vou, o que eu estou fazendo. E3F10

Se não tiver força de vontade, tu não vai conseguir nunca, nem com o tratamento [...]. E5F6

Nesse processo, parece ter sido imprescindível a decisão individual e o apoio e incentivo dos familiares, amigos e colegas. A motivação individual é o fator mais importante na cessação do tabagismo e está inter-relacionada com uma gama de variáveis hereditárias, psicológicas, fisiológicas e ambientais. A análise de conteúdo das entrevistas buscando os motivos que contribuíram para o abandono do tabagismo por meio dos coeficientes de dominância (número de vezes que os indicadores aparecem e se repetem ao longo das entrevistas), tem-se os resultados apresentados na Tabela 2, os quais evidenciam que diferentes motivos auxiliam no processo de abandono do tabagismo, todos importantes.

Motivar o indivíduo para que ele comece a pensar em parar de fumar é um grande passo para que ele efetivamente consiga^(6;7;14). O estímulo para a mudança pode vir do sucesso de outros indivíduos; por isso, fazer contato com fumantes em abstinência que possam ser tomados como modelos pode ser útil nesse processo.

Fumantes leves ou moderados têm pouca motivação para abandonar o tabaco, pois acham que podem parar quando quiserem, enquanto os fumantes pesados apresentam pouca motivação pela falta de confiança em si mesmos, achando-se incapazes e com medo do sofrimento da síndrome de abstinência, pois muitos já tentaram e fracassaram. Visto que muitos tentam e somente pequeno percentual consegue cessar o fumo, é importante trabalhar em conjunto com os familiares e amigos, no sentido de encorajá-los e motivá-los para o parar de fumar^(14;15). Para os entrevistados, o sucesso terapêutico ocorreu quando a motivação para cessar o tabagismo foi mais forte que o desejo de usufruir o prazer do fumar.

(B) *Dificuldade de parar de fumar* – Parar de fumar para os entrevistados foi tão difícil, que os indivíduos relataram que não voltam a fumar devido à intensidade do sofrimento que foi o processo de parar de fumar, estando determinados a não voltar ao hábito. Todos os entrevistados verbalizaram dificuldade e sofrimento com o parar de fumar, como atestam os depoimentos:

Sabe por que eu me sustento nessa? Porque é muito difícil parar de fumar [...]. E3F10

Nunca mais botei um na boca, pois ouvi dizer que, se botar, atrás daquele um vem a vontade de fumar de novo [...]. E6F10

Não volto a fumar. Para enfrentar tudo de novo não. E7F10

Apesar do sofrimento referido pelos entrevistados, foi intensa a satisfação e o orgulho demonstrados por terem conseguido parar de fumar, uma vez que este ato acarretou benefícios à sua saúde e às suas vidas. Para eles, manter o prazer de fumar sob controle e reconhecer os malefícios do cigarro é uma batalha que precisa ser vencida diariamente, tendo sido necessária muita determinação para que a mudança de comportamento acontecesse.

Categoria 2 - Apoio recebido

Os entrevistados relataram sentir necessidade de poder contar com o apoio de profissionais, dos grupos familiar e social e da espiritualidade, para vencer a barreira do tabagismo. Esta categoria foi dividida em três subcategorias:

(A) *Acompanhamento de profissionais capacitados e utilização de medicação* – O acompanhamento profissional foi apontado como um importante fator durante o processo do abandono do tabagismo para a transposição da barreira da dependência, assim como a utilização de medicamentos em algumas situações:

A pessoa que quer deixar de fumar precisa de apoio, esse é o caminho [...] ele vai ter que se conscientizar, porque o cigarro é um amigo presente. Então a pessoa tem que se conscientizar e buscar apoio, ajuda. E8F8

Só consegui com ajuda, eu vi que sozinha não ia conseguir [...] fiz acompanhamento com profissional [...] O remédio ajuda bastante, pois aquela fissura, aquele desespero ele tira. E2F7

As medicações atuam como coadjuvantes no processo, pois, ao minimizar os sintomas físicos da abstinência, facilitam as mudanças no comportamento⁽³⁾. As intervenções para interromper o uso do tabaco ainda não estão integradas e disponíveis às rotinas de saúde, e o descrédito de alguns profissionais quanto aos tratamentos para a dependência da nicotina constituem alguns empecilhos para a cessação do fumar^(14;16;17). No entanto, as intervenções revelam o seu potencial, conforme alguns depoimentos que evidenciaram a importância do acompanhamento profissional e os benefícios da utilização de medicação.

Recomenda-se aproveitar alguns momentos especiais para estimular o abandono do tabagismo, como a gestação e o período de hospitalização^(7;17-19). A confrontação é um objetivo, um propósito, uma intenção, é parte do processo de mudança. Ver a própria situação de forma clara durante o processo de hospitalização pode ser um primeiro passo para a mudança⁽²⁰⁾.

É necessário também que os profissionais estejam capacitados e preparados para entender o tabagismo como uma doença crônica, que pode envolver fases de remissão e recidiva, devendo os fumantes ser abordados sem censura para identificar fatores que os levaram a recair, para que estejam mais bem preparados para a próxima tentativa⁽³⁾. A ação dos profissionais de saúde deve não apenas apoiar os fumantes a deixar de fumar, mas também alertar os familiares sobre os riscos de fumar e os

benefícios de parar, impedindo, assim, que saiam de uma consulta e/ou internação hospitalar sem a informação de que fumar traz prejuízos à saúde.

(B) *Curso específico e grupo de apoio* – Segundo os participantes, o grupo pode ser uma experiência única e singular, vivida pelos fumantes, seus familiares e profissionais, no qual cada um interage nos pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro. No grupo estudado, esta foi uma estratégia utilizada e vista por eles como eficiente para conseguir ficar longe do cigarro:

O grupo sempre ajuda. Porque eu vivo experiências e as pessoas vêm doentes e bem problemáticas [...] penso que ter um vício é falta de algum tipo de controle teu, pessoal, mental, psicológico [...] O grupo é muito bom [...], a coordenadora do grupo estava sempre disponível fora do horário do grupo. E11F5

É importante primeiro tomar uma decisão pessoal, mas depois buscar, seja em grupos, seja em terapia individual ou seja com amigo [...] o apoio que vai funcionar melhor para ti, porque sozinho é mais difícil [...] Compartilhar experiências é bem importante e eu recomendo, porque acho que ele vai bem no ponto daquilo que a gente tá buscando, sobre informação, sobre os benefícios, tu tem apoio de como pode fazer melhor. E14F5

O relacionamento pessoa-pessoa é um desafio e o que faz diferença é o profissional de saúde ter conhecimentos e habilidades de que o paciente e família carecem para vencer as dificuldades que terão de enfrentar⁽²¹⁾. A dinâmica da terapia de grupo, assim como a dos cursos, parece orientar o fumante na medida em que apresenta caminhos e reforça a vontade de abandonar o fumo.

(C) *Apoio familiar, social e espiritual* – Para os entrevistados, o interesse de pessoas próximas em ajudar e a inclusão da família pela equipe multidisciplinar no processo de abandono do tabagismo parecem contribuir para a superação de dificuldades.

As pessoas me apoiaram bastante [...] uma coisa que me estimulou foi que várias pessoas disseram “Ah, se tu parou de fumar, eu vou tentar também!” E teve pessoas que realmente pararam [...] Porque eu fumava muito, muito. E12F5

Lembro que estava fumando na rua, embaixo de uma árvore, curtindo meu cigarro, daí meu filho chegou lá e disse: “Mãe, ainda está fumando? [...] não te dá conta que com isso tu encurta a permanência conosco? [...] eu quero tanto que tu fique muito tempo ainda comigo.” [...] Este foi um argumento que nunca ninguém havia usado, de amor, de afeto. E13F6

As crenças também parecem ter tido um papel importante no processo de abandono do tabagismo, como evidencia a fala:

Quando chega um momento que a gente não consegue, acho que [...] tem de até rezar para pedir. Eu me ajudo, mas eu preciso de ajuda. O rezar ajuda muito. E3F10

Os depoimentos mostram a necessidade de apoio para enfrentar a dependência à nicotina e evitar danos à saúde, e de respeito ao ritmo individual da pessoa para deixar o cigarro.

Categoria 3 - As restrições sociais ao fumo

Legislação de combate ao fumo existe em todo o mundo, embora os esforços para aumentar a adesão da população a essas leis variem entre os países, persistindo a necessidade de contínua disseminação de métodos efetivos para reduzir o fumo em ambientes públicos⁽²²⁾.

A mobilização da sociedade civil em todo o país levou ao aumento de impostos, a restrições à publicidade e a leis destinadas a proteger os não-fumantes e as crianças⁽²²⁾. Essas medidas contribuíram para preservar a população da investida acirrada das indústrias do tabaco, e mostraram que, quando há desejo político, pode-se avançar em saúde pública⁽²³⁾. Essa categoria foi dividida em duas subcategorias:

(A) *A legislação proibindo o fumo em locais públicos* – A criação de leis e as determinações sociais impostas aos hábitos dos fumantes acarretaram desconforto aos participantes. A forma discriminatória como passaram a ser vistos levou-os a modificar seus hábitos, pois desejavam estar incluídos na sociedade:

A legislação que proíbe fumar em ambiente público e todas as orientações [...] O fumante fica marginalizado [...] saía da sala para fumar [...] era uma pessoa sem paz. Trabalhava 15 minutos e precisava sair para fumar [...] me atrapalhava profissionalmente [...] não conseguia me concentrar. E3F10

Com essas restrições, tu perdes os espaços para fumar; isso de certa forma não é bom, tu não gostas disso. O mundo vai fechando as portas, eu não queria mais fumar na frente dos filhos [...] Então, estávamos conversando e dando risadas e de repente me retirava da sala, ia lá fora para fumar, com frio, com chuva. O fumante tem consciência, e os espaços estão sendo diminuídos. E13F6

A dependência à nicotina é tão poderosa que faz os fumantes se submeterem a situações constrangedoras, como é possível observar nos depoimentos. Entre as intervenções destinadas a influenciar o comportamento de não fumar, estão a restrição da idade para compra de tabaco, lugares públicos livres de tabaco, divulgação dos malefícios na mídia, programas especiais em escolas, campanhas educacionais em empresas e aconselhamento de saúde^(7:22). Os profissionais de saúde devem auxiliar na elaboração de soluções legislativas para o combate e prevenção do tabagismo⁽²⁴⁾.

Estudo com adolescentes mostrou que as taxas de fumantes foram reduzidas em 40% após implantação de uma política por um ambiente livre de tabaco⁽²⁵⁾. As restrições ao tabaco em lugares públicos também estão associadas com uma mais baixa prevalência de tabagismo entre os adolescentes⁽²⁶⁾.

Os danos da exposição passiva ao tabaco e a agressão ao meio ambiente justificam medidas para a proibição do tabagismo em locais públicos e de trabalho, inclusive intradomiciliar, e o estímulo ao abandono do fumo. As ações de saúde pública para eliminar a exposição ao tabagismo ambiental vão desde a construção de fumódromos com áreas de ventilação totalmente separadas, até o total banimento do tabagismo⁽²⁷⁾.

O aumento do preço dos produtos do tabaco é um dos meios utilizados para frear a prevalência e o consumo, e pode ajudar a prevenir fumantes em abstinência de recomeçarem. Os países que elevaram dramaticamente os impostos sobre o tabaco testemunharam uma quase imediata redução no seu uso e constataram a correspondente melhoria na saúde cardiovascular⁽²³⁾.

As restrições sociais contribuem para manter o ar limpo e saudável tanto para os fumantes quanto para os não-fumantes e enfatizam o direito das pessoas à saúde, fazendo da prática do fumo uma exceção e não uma norma. Para os entrevistados, as políticas de restrições foram positivas para o abandono do fumo e, embora tenham desagradado a muitos, acabaram por colaborar para a aquisição de controle sobre a dependência à nicotina, uma vez que eles passaram a fumar somente em locais determinados.

(B) *A interferência do hábito de fumar na convivência social* – As restrições ao fumo colaboram para a criação do consenso social de que o uso de tabaco é inaceitável⁽²³⁾. As mudanças nos hábitos sociais que vêm ocorrendo nos últimos anos provocaram nos participantes do estudo sentimentos de inadequação e desconforto por estarem fazendo algo em desacordo com os padrões sociais vigentes, o que contribuiu para que a mudança de comportamento ocorresse:

Eu abria mão de determinados lazeres, prazeres e convivências por causa do cigarro. Se alguém me convidava para alguma coisa [...] e eu sabia que aquelas pessoas não fumavam e não teria acesso a fumar, que teria que ficar muitas horas sem fumar, abdicava do convite. Ai comecei a ver que estava ficando muito sozinha. E3F10

Não gostava de ver eles saírem do ambiente em que eu estava porque eu estava fumando, no fundo a gente não gosta disso, e tu fica processando aquilo, e até o convívio com meu filho o cigarro está prejudicando [...] ao longo do tempo, com essas campanhas e as restrições de locais para fumar [...] fez com que aos poucos eu própria fizesse a autocrítica do meu auto-isolamento. E13F6

Uma das características da dependência é o abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância e o aumento da quantidade de tempo dispensada para seu uso⁽⁶⁾. Segundo os participantes, o cigarro interferiu na convivência de diferentes maneiras: no trabalho, no lazer, e até mesmo no gesto de um simples abraço.

Para os entrevistados, a prática da restrição ao tabagismo em locais públicos, ambientes de trabalho e em lares evitaria alguns constrangimentos para quem opta por parar de fumar e ainda, é muito vulnerável, podendo voltar ao hábito por interferência do meio em que vive:

Minha irmã me bota à prova [...] vem na minha casa, acende cigarro quando quer, se sente no direito, sabe da minha dificuldade [...] quando peço para não fumar, diz que eu não tenho personalidade [...] Então fica um clima muito pesado [...] pois ela quer me desafiar. E3F10

A partir dos resultados, pode-se inferir que é necessário que toda a sociedade ajude os fumantes no difícil processo de parar de fumar e que as restrições sociais tem auxiliado os fumantes a abandonarem o fumo.

Categoria 4 - Benefícios relacionados ao parar de fumar

Para o abandono do tabagismo os entrevistados referiram ser necessário, inicialmente, querer parar. Para conseguir transpor a difícil barreira da dependência, necessitaram de determinação e

apoio, para só, posteriormente, usufruir os benefícios advindos do parar de fumar, os quais constituíram um importante fator que os estimulou a permanecer longe do cigarro.

Mobilizar os fumantes por meio do conhecimento dos benefícios pode ser outra estratégia para o abandono do tabagismo, já que existem evidências de ganho real de saúde em qualquer idade. Estudos comprovaram que quem abandonou o cigarro aos 30 anos goza de uma expectativa de vida similar à de quem nunca fumou^(23;28). Essa categoria foi dividida em quatro subcategorias:

(A) *Auto-estima* – A melhora na auto-estima foi observada nos sentimentos de orgulho, vitória e auto-respeito por terem conseguido ficar longe do cigarro. Por se tratar de uma conquista que poucos alcançam – todos sabem que é difícil –, eles manifestam desejo de comemorar:

Eu me olho no espelho e gosto. As pessoas me olham e dizem: “Como tu mudou! O que tu fez com a pele, com o cabelo?” Eu digo que não fiz nada, apenas parei de fumar. Não devo estar mais com aquela nicotina. E6F10

Me sinto ótimo, diria muito bem... Um sentimento de vitória, de conquista. Me sinto um vitorioso [...]. E8F8

Estou me sentindo melhor, agora eu descobri que eu posso. Eu tomei coragem, porque me sento muito vaidosa por conseguir fazer umas coisas assim, reorganizar minha vida. E11F5

A perda da auto-determinação contribui para diminuir a auto-estima, pois muitas vezes as pessoas se sentem culpadas por terem, por exemplo, ficado expostas ao cigarro, sabendo que deveriam evitá-lo⁽²⁹⁾. O conseguir abandonar o tabagismo parece ter gerado nos participantes mais autoconfiança, auto-respeito, orgulho, responsabilidade sobre si, sua saúde e sua vida, como também levou-os a desenvolver novos comportamentos, o que foi expresso como “uma vitória em suas vidas”.

(B) *Aparência pessoal, olfato, paladar e ambiente físico* – A construção da identidade pessoal inclui, necessariamente, a relação com o próprio corpo que se faz através da imagem corporal⁽³⁰⁾. O abandono do tabagismo trouxe, segundo os entrevistados, o benefício de poder se ver com uma aparência melhor e também de ser percebido desta forma, o que parece ter sido estimulante e atuado de forma a melhorar a auto-imagem.

Os entrevistados referiram que, ao parar de fumar, voltaram a sentir o cheiro das coisas e que isso trouxe sentimentos de repugnância e desprezo pelo cigarro e colaborou para que eles, sentindo a diferença entre fumar e não fumar, optassem por não fumar. Citaram, ainda, como fatores positivos que os animaram a seguir neste caminho, não precisar sempre lavar a roupa depois de usá-la; sentir o gosto dos alimentos e o cheiro do xampu; poder manter a casa fechada; ser percebido e perceber-se com melhor aparência; entre outros:

Só depois que deixei de fumar vi como a gente fede. O olfato vem aos pouquinhos [...] O fumante pensa que sente cheiro e que tem paladar, mas não tem [...] Agora sei que quando saio do banho estou cheirosa [...] o meu cabelo ficou melhor, cheiroso, a minha pele ficou bonita, eu respiro [...]. E9F9

Eu fumava dentro de casa. O cheiro estava impregnado nas paredes, nas cobertas, por tudo, cortina. Então hoje eu abro a porta do apartamento e não tem cheiro de nada. E o meu dedo [...] ficava aquela mancha preta e achava tão feio mostrar minha mão. Os dentes também, ficavam amarelos. E16F8

Os participantes deste estudo referiram que só perceberam os benefícios depois que pararam de fumar, o que vai ao encontro da literatura a qual refere que é verdadeiro afirmar que continuar a fumar é nocivo para a saúde e parar é benéfico⁽¹⁸⁾.

(C) *Capacidade física* – Os participantes mencionaram que o abandono do tabagismo trouxe a volta progressiva de sua capacidade física e o estímulo para realizar atividades físicas e de lazer. E perceber-se com mais disposição e força e a melhora na reação do seu corpo foram mencionados como importantes para se manterem longe do tabagismo:

Exercício físico me dá uma sensação de realização, pois de semana em semana você vai aumentando o teu tempo, pois você vai sentindo capacidade [...] Parei de gastar mil reais por ano, parei de ser fedido, minha saúde melhorou mil por cento, agora me sinto um maratonista. E1F5

Quando eu parei de fumar, comecei a correr [...] sempre quis correr, mas não conseguia... Fazia 5 volta correndo. Sem o cigarro, comecei a fazer 8, depois 10 [...] Hoje, com certeza tenho bem mais resistência física. E11F5

Parei de fumar e perdi peso. No futebol, eu corria 15 minutos, e ficava acabado, tinha que sair, descansar uns 15, 20 minutos pra depois voltar. Hoje eu posso correr 45 minutos [...] eu faço caminhadas e me sinto bem [...]. E quando a gente fuma se sente mal [...] aí tem que parar, e quando tu pára, o que tu faz? Fuma um cigarro. E15F8

O fumo é um fator relacionado a doenças respiratórias, seja como causador seja como agravante, mas é percebido pelos fumantes como fonte de prazer⁽²⁹⁾. A adoção de hábitos saudáveis foi positiva e recomendada pelos entrevistados no processo de deixar de fumar.

(D) *Valorização da vida* – Abandonar o tabagismo foi uma opção dos participantes deste estudo, que passaram a enxergar a vida de outra maneira, com a saúde adquirindo um valor inestimável e o cigarro aparecendo com todos os seus defeitos. Para alguns autores, fumantes que compreendem os riscos para a saúde provenientes do cigarro estão mais propensos a abandonar o tabagismo⁽³¹⁾:

Comparo a minha qualidade de vida hoje com a que eu tinha antes, racionalmente. Como que é hoje não fumar e como que era antes. Eu já tive as duas vivências e eu não tenho dúvidas que vale a pena se plantar esse prazer. E3F10

Me sinto muito bem. É prazeroso demais saber que a minha qualidade de vida é outra. É muito bom [...]. E9F9

Hoje em dia eu respiro normalmente, melhor, não tenho pigarro [...] O pulmão está sempre limpo [...]. Graças a Deus consegui abandonar isso. A minha saúde agradece. E16F8

Os participantes deste estudo conseguiram perceber a mudança para melhor que ocorreu em sua saúde com o abandono do tabagismo e referem ter consciência de que parar de fumar pode reduzir o risco de desenvolvimento de novas doenças e diminuir ou deter a progressão de doença já existente, e isso foi gratificante para eles.

Categoria 5 - Informação sobre os malefícios do cigarro

As informações sobre os malefícios do cigarro estão disseminadas em toda parte e, mesmo assim, as pessoas continuam fumando, donde se pode inferir que a informação, por si só, não leva ao abandono do cigarro. Ela parece, no entanto, ser um fator importante, que contribui principalmente quando há ocorrência de manifestações clínicas. Essa categoria foi dividida em duas subcategorias:

(A) *Evidências de prejuízos à saúde* – A informação parece auxiliar o fumante a se dar conta dos malefícios do cigarro, pois ele associa o hábito de fumar a problemas de saúde, desconforto, falta de ar, de força física, o que, por vezes, o conscientiza de que a resolução desses seus problemas está associada ao abandono do tabagismo:

[...] passou a frase na minha cabeça: “Estou me matando e sou um idiota”, porque eu era um fumante de fumar uma carteira de cigarros por dia [...] Depois de fumar um monte, me sentia muito mal. Entupido de fumaça, cinzeiro transbordando, aquela imagem ruim, sentia que estava me matando. E1F5

Eu tinha muita dificuldade de ficar boa quando pegava uma gripe. Ficava gripada o inverno inteiro [...] passava sentindo irritação no peito, chiado, aquele pigarro [...] quando gripada, não sentia o gosto do cigarro mas fumava, tinha que fumar [...] sentia que machucava fumar, mas ainda assim fumava. Eu não me curava nunca. E11F5

Uma das características da dependência é a persistência no uso da substância apesar da evidência clara de conseqüências nocivas à saúde⁽⁶⁾. A informação sobre os malefícios do cigarro e a preocupação com a saúde aumentam as chances de um indivíduo parar de fumar e diminuem a ocorrência de recaídas⁽³²⁾. A evidência dos prejuízos para a saúde sentida pelos participantes do estudo, aliada à orientação da equipe de saúde sobre os malefícios do fumo, parece ter sido um fator que contribuiu para o deixar de fumar.

Os fumantes acreditam nos malefícios do cigarro, principalmente que estes atingem as crianças que convivem com eles⁽³³⁾. E aqueles que recebem conselho de seus filhos, moram com crianças ou percebem os riscos para a saúde são considerados mais propensos a largar o cigarro^(31;34). Pelas entrevistas, ficou evidenciado que alguns fumantes se mobilizaram mais com a possibilidade de prejuízo à saúde de pessoas queridas do que à sua e que eles passam por fases em que, embora conscientes dos problemas que poderão advir do uso do cigarro, isso é negado por eles.

O processo de abandono não foi linear; existiram múltiplos caminhos e alguns pequenos detalhes fizeram a diferença. Em algumas situações, uma prova concreta de limitação na saúde foi um fator que auxiliou na tomada de decisão, tendo sido relevante neste processo ter a informação e receber apoio da equipe de saúde e família.

(B) *A mobilização para parar de fumar através da informação* – Pelos depoimentos, é possível inferir que a informação, por si só, não levou ao abandono do cigarro, mas ela mobilizou, provocou reflexões e associações do ato de fumar com doenças. Junto com ela, surgiu o sentimento de culpa por ser fumante e o medo de ter prejuízos na saúde. No entanto, o sucesso em parar de fumar só foi alcançado quando o uso do fumo foi associado a algo que realmente incomodou o fumante:

Não adianta dizer que a pessoa vai morrer mais cedo [...] O fumante sabe tudo isso, o problema é encontrar alguma coisa que incomode ele. É que nem eu: no começo, eu preferia viver menos a ser infeliz pela falta do cigarro. E2F7

Meu sogro passou a noite inteira puxando o ar [...] Aquilo me chocou muito... No momento que tu visualiza o medo, aí tu vai parar, com certeza [...] acho que no momento que tu analisa o mal que pode te trazer aquilo e tu poder escolher se prefere ceder pra ter uma vida mais saudável [...] tu muda completamente teu pensamento. E15F8

Eu tive um amigo que fumava bastante, ele teve câncer de garganta e fez cirurgia, e eu fui visitá-lo [...] Aí, como é amigo, o baque é bem maior [...] Foi um motivo bem forte [...] a cirurgia exposta, aberta, não poder falar, foi cortada as cordas vocais dele [...] Então senti meio escandalizado. E16F8

A negação e o medo foram uma constante na vida dos entrevistados, levados pela dificuldade de parar de fumar. Embora eles reconhecessem os malefícios do fumo, só conseguiram parar quando houve comprometimento com a sua decisão de parar de fumar, que foi resultado da conscientização e compreensão adequada das informações. Para alguns, foi necessário também o apoio da equipe de saúde, familiares e amigos em programas de apoio à cessação do tabagismo.

Categoria 6 - Campanhas de esclarecimento

As campanhas têm o poder de informar, conscientizar e fazer os fumantes refletirem sobre os malefícios do fumo, embora, sozinhas, não consigam levá-los a tomar a decisão de parar de fumar. Elas podem mobilizar, porque desacomodam os fumantes. Esta categoria foi dividida em duas subcategorias:

(A) *Prazer versus culpa* – O fato de a informação sobre os malefícios do cigarro estar atualmente disseminada na sociedade parece contribuir para o aparecimento de sentimentos de ambivalência, discriminação, medo e culpa ao lado do prazer, relaxamento e sensação de liberdade que o cigarro proporciona, levando os entrevistados a refletirem sobre seu comportamento.

Eu fiz duas colunas de ambivalência entre prazer e prejuízo. O benefício é tão lindo em relação à série de prejuízos que está me acarretando que eu tenho que esquecer o prazer que o cigarro dá. Só quem é fumante sabe o prazer que é almoçar e tomar um cafezinho e fumar [...] Mas a série de malefícios é muito maior [...]. E10F10

Tinha prazer em fumar, mas sabia que aquilo não era saudável [...] Tenho casos de câncer na família, então a tendência era maior ainda de eu desenvolver alguma doença. E12F5

Fumar é um prazer, mas um prazer que destrói a pessoa, e além do gasto, aquela coisa de estar sempre com a carteirinha de cigarro e um isqueirinho [...] tu quer tomar um banho de mar, não pode porque tá com um cigarro na boca. Eu ficava irritado com a situação [...]. E16F8

A ambivalência é um estado mental em que coexistem na pessoa sentimentos conflitantes a respeito de fumar ou não fumar. Em muitas situações, trabalhar com a ambivalência é lidar com a essência do problema⁽²⁰⁾. Os fumantes sabem do risco de adoecer, e eles aceitam esse prejuízo como um fato já consumado⁽³⁵⁾. Por isso, acredita-se ser preciso compreender as dificuldades vivenciadas pelos fumantes de forma a poder auxiliá-los a modificar hábitos e a incorporar novos.

(B) *O impacto das campanhas* – A agressividade das campanhas de esclarecimento foi citada pelos entrevistados tanto como fator positivo quanto negativo. Assim, há necessidade de utilizar estratégias diversificadas para atingir um maior número de fumantes e influenciar a atitude dos não-fumantes em relação aos malefícios do tabagismo. O efeito das campanhas também mudou num mesmo indivíduo, conforme o estado emocional e/ou físico em que ele se encontrava:

[...] campanhas respeitosas e educativas na linguagem para cada faixa, para cada situação, parece que é o caminho... E7F10

Eu acho que, paralelamente, fazer essa campanha de que a pele vai ficar mais bonita, que tu respira melhor, que teu cabelo fica mais bonito [...]. E9F9

Com toda a informação que existe hoje a respeito dos problemas que o cigarro traz para a saúde, não há como as pessoas não saberem que se trata de um hábito que prejudica a saúde, não só da pessoa que fuma como também das que estão em torno dela. E13F6

Dependendo da situação, a cobrança te leva a um estresse, te irrita, e te leva a fumar, porque tu sabe que se fumar ele vai te dar uma satisfação, vai tirar aquele estresse... claro que tu pode tirar de outras formas, mas a mais fácil é fumando[...]. E15F8

Os programas antitabagismo desenvolvidos em escolas, que enfocam aspectos sociais, têm mostrado resultados mais convincentes⁽³⁶⁾. As campanhas educacionais devem se adequar ao público jovem, usando linguagem, material didático e orientações sobre como resistir às pressões sociais. Ênfase deve ser dada à atividade física, à perda da capacidade de escolha provocada pela dependência, aos aspectos ilusórios da propaganda de cigarros e aos cuidados corporais, como a estética e o desempenho sexual⁽⁷⁾. Outro enfoque referido pelos participantes a ser trabalhado junto aos fumantes é a capacidade de dirigir sua vida e melhor utilizar seu tempo em realizações construtivas.

Alguns autores⁽³⁷⁾ referem que propagandas agressivas tiveram influência no abandono ou diminuição do consumo de cigarro, pois os fumantes apresentaram resposta emocional negativa em relação às figuras (44% medo, 58% repugnância) e cerca de 1/5 dos participantes referiram ter fumado menos por influência das figuras. Para outros⁽³⁸⁾, a exposição a pelo menos uma propaganda foi associada com menores índices de fumo entre amigos, maior percepção dos danos do fumo, maior intenção de não fumar no futuro e menor possibilidade de se tornar um fumante. Assim, cortes no financiamento dessas campanhas podem ter conseqüências negativas para a saúde e trazer prejuízos para o Estado.

Acredita-se que as campanhas sobre os malefícios do cigarro são de extrema relevância no sentido de desacomodar os fumantes e esclarecer os não-fumantes. Por isso, propagandas antitabaco financiadas pelo Estado precisam continuar e ser incrementadas, sendo necessário o envolvimento de

profissionais de saúde e da sociedade. Evitar que crianças e adolescentes experimentem e iniciem o hábito tabágico é um desafio que deve ser enfrentado, para diminuir a prevalência do tabagismo.

Categoria 7 - A utilização de artifícios

A utilização de artifícios constituiu um caminho que favorece o êxito no processo de parada, sendo destacados pelos participantes os seguintes: ingerir água, praticar exercícios, realizar atividade manual, mudar os hábitos alimentares, consumir balas, livrar-se do isqueiro e cinzeiro, dar-se presentes, utilizar piteira e objetos que simulem o gestual do cigarro – giz, lápis e talo de plantas –, escovar os dentes com maior frequência.

Embora alguns participantes não tenham buscado ajuda profissional, eles referem ter utilizado estratégias recomendadas por esses, como marcar data para parar, listar prazeres e malefícios do fumo, evitar a convivência com fumantes e não fumar o primeiro cigarro da manhã. Essas estratégias parecem ter minimizado o sofrimento e constituído uma maneira de fazerem uma negociação consigo mesmos e vencer a vontade de fumar.

Avaliar os motivos que levam o indivíduo a fumar e, a partir daí, traçar um plano para que ele possa resistir à vontade de fumar é um caminho^(2;6). Vários fatores e situações estão ligados à vontade de fumar, tais como após as refeições, café, bebidas alcoólicas, convívio com fumantes, tédio, estados emocionais negativos e/ou positivos, entre outros. Após identificar as situações de risco, cabe ao profissional de saúde e paciente determinar a forma mais adequada de enfrentá-las⁽⁶⁾. Segundo os participantes, foi importante evitar essas situações, embora isso nem sempre tenha sido possível, tendo sido necessário buscar caminhos individuais para enfrentá-las. Essa categoria foi dividida em três subcategorias:

(A) *Substituir o cigarro* – Para conseguir ficar longe do fumo, minimizar o sofrimento e superar a vontade de fumar os entrevistados substituíram o cigarro por outros prazeres:

Andava sempre com balinha no bolso. Balinha, não preciso sair de uma igreja, de uma reunião, não preciso sair de lugar nenhum para colocar uma balinha na boca. E7F10

Senti necessidade de ocupar as mãos: pela pintura, pelo artesanato, comecei a fazer coisas manuais [...] acho tempo para mim, eu caminho [...] escovo os dentes mais seguido [...] Tomo muito líquido, água, tu passas a te alimentar melhor. E4F7

Descobrir habilidades para substituir o gestual do cigarro foi uma das práticas usadas para desviar a atenção do desejo de fumar, bem como substituir o cigarro por algum tipo de alimento, água, atividade manual ou esporte e associar o ato de não fumar aos benefícios de parar.

(B) *Ficar longe de fumantes* – Para os entrevistados, ficar longe de fumantes, de ambientes e situações que os faziam pensar em fumar foi muito importante, principalmente nos primeiros meses, em que a sua vulnerabilidade poderia pôr em risco o abandono do tabagismo:

No primeiro e segundo mês [...] me afastei de muita coisa que trazia mais vontade, como tomar café, cerveja, sair de noite, festas [...] quando sabia que ia em algum lugar que os meus amigos estariam fumando não ia [...] Todas essas coisas que associava ao cigarro parei por um tempo, me afastei porque sabia que ia ser mais difícil. E11F5

O comportamento dos entrevistados foi incisivo no que diz respeito à presença de fumantes, porque eles referiram ainda se sentir vulneráveis ao cigarro. O ato de fumar próximo a quem está abandonando o fumo foi visto por eles como uma agressão que poderia ter comprometido o parar, tendo havido necessidade de contar com o apoio e compreensão das pessoas de suas relações para facilitar o processo.

O indivíduo deve ser orientado no sentido de que não pode, em hipótese alguma, acender um cigarro ou dar uma tragada, pois isso poderá levá-lo a voltar a fumar, até mais do que antes⁽⁶⁾. Para os entrevistados, foi necessário vencer a vontade do primeiro cigarro do dia para conseguir ficar longe do fumo.

(C) *Ter cigarro próximo* – A dependência aliada à insegurança fez com que alguns entrevistados não conseguissem, inicialmente, ficar longe do cigarro, levando-os a manter a carteira escondida antes de descartá-la definitivamente:

A falta do cigarro me deixava mais ansiosa, por isso sempre carregava comigo uma carteira de cigarro aberta. A última que tinha comprado deixei dentro da bolsa, tinha várias, aliás [...] era algo que me deixava tranqüila. E12F5

Tinha cigarro em casa, porque costumava ter carteira sobrando [...] podia ter pego um cigarro, mas eu não queria aquilo [...] tenho uma carteira dentro de casa, daquelas, ainda. E13F5

Embora tenham apresentado essa necessidade, em momentos difíceis ela acabou sendo um risco, pois a fragilidade do fumante é tão grande que, apesar de ele ter o cigarro próximo apenas como “bengala”, tal atitude pode interferir no processo de abandono do tabagismo, levando a uma recaída.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados, é possível inferir que existem diferentes fatores que contribuem para o abandono do tabagismo, todos importantes. A determinação de querer parar levou os fumantes a perseverar na sua decisão. O apoio profissional, familiar, social e espiritual é necessário. É preciso que os profissionais de saúde e a sociedade compreendam a dificuldade de parar de fumar e criem condições que levem a fortalecer a motivação para a mudança de comportamento, sem a qual esses pacientes não conseguirão ficar em abstinência.

As restrições sociais ao fumo têm atuado auxiliando, mobilizando e educando o fumante e, também, constringendo e banindo o fumar em alguns locais, o que tem contribuído para o processo de abandono do tabagismo, já que as pessoas querem ser incluídas e não excluídas da sociedade.

Os benefícios decorrentes do abandono do tabagismo podem contribuir para propagar essa prática e atuar de modo a prevenir a recaída. Uma das alternativas de educação em saúde a ser

realizada pelos profissionais de saúde e pela mídia é a ênfase na divulgação dos benefícios. Para isso, a participação de fumantes em abstinência como modelos de identificação e referenciais de estratégias de sucesso pode ser uma contribuição significativa.

As informações alertam para os prejuízos à saúde, desacomodam o fumante e, assim, atuam para reforçar a conscientização e o comprometimento necessário para a tomada de decisão. As campanhas têm o papel importante de promover a saúde entre crianças e jovens para não se iniciarem no hábito, além da influência que esses exercem sobre os adultos.

A utilização de artifícios pessoais auxilia o indivíduo a ser persistente para vencer a vontade de fumar e/ou para substituir essa vontade por outra atividade saudável, pois, como foi verbalizado, “a vontade de fumar é como o vento, vem e vai embora”.

O processo de abandono do tabagismo não ocorreu da mesma forma em todos os indivíduos, tendo cada um escolhido a melhor maneira para permanecer longe do hábito. Acredita-se que o querer de fato parar é preponderante sobre os demais fatores e que o fumante necessita de muita determinação, bem como do apoio de toda a sociedade para conseguir permanecer longe do fumo.

Na pesquisa qualitativa, a generalização dos resultados se dá através dos leitores da pesquisa, os quais podem avaliar a riqueza e utilidade dos achados para melhor compreender os pacientes fumantes em sua área de atuação.

REFERÊNCIAS

- (1) Menezes AMB. Epidemiologia do tabagismo. J Bras Pneumol 2004 Aug;30(2):5-7.
- (2) Cornuz J. Smoking cessation intervention in clinical practice. Onkologie 2002 Oct;25(5):404.
- (3) Brasil.Ministério da Saúde.Instituto Nacional de Câncer.Coordenação de prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
- (4) Laranjeira R, Lourenço MTC, Samaia HB. Como ajudar seu paciente a parar de fumar. São Paulo 2003 [cited 2004 Aug 14];Available from: URL: www.hcanc.org.br/outrasinfs/ensaios/capf.html
- (5) Brasil, Ministério da Saúde, INCA. Atualidades em tabagismo: Nova campanha antitabagismo do Ministério da Saúde focaliza os jovens. Rio de Janeiro 2003 [cited 2006 Feb 15];Available from: URL: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=lista.asp>
- (6) Meirelles RHS, Gonçalves CMC. Abordagem cognitivo-comportamental do fumante. J Bras Pneumol 2004;30(2):30-5.
- (7) Sant'anna CC, Araújo AJ, Orfaliais CS. Abordagem de grupos especiais: crianças e adolescentes. J Bras Pneumol 2004 Aug;30(2):47-54.
- (8) Polit D, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos em pesquisa em enfermagem. 5 ed. Porto Alegre: ArtMed; 2004.

- (9) Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994.
- (10) Bardin L. Análise de conteúdo. 1ª ed. Lisboa: Edições 70; 1977.
- (11) Fagerström KO, Schneider NG, Lunell E. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatment for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology* 1993;111:271-7.
- (12) Nunes MLT. Entrevista Psicológica. In: Cunha JA, editor. *Psicodiagnóstico - R.Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 29-50.*
- (13) Lei dos direitos autorais. Lei 9610 de 19 de novembro de 1998, Brasil, Ministério da Justiça, (1998).
- (14) Dórea AJP, Botelho C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol* 2004 Aug;30(2):41-6.
- (15) Kirchenchtejn C, Chatkin JM. Dependência da nicotina. *J Bras Pneumol* 2004 Aug;30(2):11-8.
- (16) Brasil, Ministério da Saúde, INCA. Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer. Rio de Janeiro 2003 [cited 2006 Feb 22]; Available from: URL: http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf.
- (17) Haggsträm FM. Abordagem de grupos especiais: gestantes. *J Bras Pneumol* 2004 Aug;30(2):56-7.
- (18) Halty LS. Abordagens de grupos especiais: idosos. *J Bras Pneumol* 2004 Aug;30(2):58-61.
- (19) Pereira LFF. Abordagens de grupos especiais: pacientes hospitalizados. *J Bras Pneumol* 2004 Aug;30(2):62-4.
- (20) Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Artmed ed. Porto Alegre: 2001.
- (21) Gonzales RMB, Beck CLC, Denardin ML. Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem. Santa Maria: Pallotti; 1999.
- (22) Serra C, Cabezas C, Bonfill X, Pladevall-Vila M. Interventions for preventing tobacco smoking in public places (Cochrane Review). *The Cochrane library* 2005;(2).
- (23) Milagres A. Rio de Janeiro 2004 [cited 2005 Jul 23]; Available from: URL: www.cigarro.med.br/cap37.htm
- (24) Giarelli E, Ledbetter N, Mahon S, McElwain D. "Not lighting up": a case study of a woman who quit smoking. *Oncol Nurs Forum* 2004 May 12;31(3):54-63.
- (25) Pinilla J, Gonzalez B, Barber P, Santana Y. Smoking in young adolescents: an approach with multilevel discrete choice models. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:227-32.

- (26) Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, Orleans CT, Barker DC, Ruel EE. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *CA Cancer J Clin* 2003;53:102-23.
- (27) Oliveira MVC, Sales MPU. Tabagismo passivo. *J Bras Pneumol* 2004 Aug;10(2):65-71.
- (28) Le Houezec, Sawe U. Smoking reduction and temporary abstinence: new approaches for smoking cessation. *J Mal Vasc* 2003 Dec;28(5):293-300.
- (29) Silva DMGV, Souza SS, Francione FF, Meirelles RHS. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 Jan;13(1):7-14.
- (30) Ferriani MG, Dias TS, Martins CS. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Rev Bras Saúde Materno Infant* 2005 Jan;5(1):27-33.
- (31) Hammar H, Carlsson F. Smokers' expectations to quit smoking. *Health Econ* 2004 Aug;32(Epub ahead of print).
- (32) Dijkstra A, Brosschot J. Worry about health in smoking behaviour change. *Behav Res Ther* 2003 Sep;41(9):1081-92.
- (33) Chen MS Jr, Ferketich AK, Moeschberger ML, Wewers ME. Preparing the "Ground War" against tobacco among Chinese Americans in New York City: baseline data. *Asian Am Pac Isl J Health* 2001;9(1):88-94.
- (34) Netemeyer RG, Andrews JC, Burton S. Effects of antismoking advertising--based beliefs on adult smokers' consideration of quitting. *Am J Public Health* 2005 Jun;95(6):1062-6.
- (35) Brasil, Ministério da Saúde. Porque se fuma e porque se deixa de fumar - Uma educação para a saúde criativa. Brasília 2004 November 26 [cited 2005 Jun 23]; Available from: URL: www.anti-tabagismo.odline.com/default.jsp?id_conteudo=6&id_capitulo=04.01.01
- (36) Hunt JM, Lumley J. Are recommendations about routine antenatal care in Austrália consistent and evidence-based? *Med J* 2002;176:255-9.
- (37) Hammond D, Fong GT, McDonald PW, Brown KS, Cameron R. Graphic Canadian cigarette warning labels and adverse outcomes: evidence from Canadian smokers. *Am J Public Health* 2004 Aug;94(8):1442-5.
- (38) Emery S, Wakefield MA, Terry-McElrath Y, Saffer H, Szczypka G, O'Malley PM, et al. Televised state-sponsored antitobacco advertising and youth smoking beliefs and behavior in the United States, 1999-2000. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159(7):639-45.

**Tabela 1 – Características sociodemográficas e de dependência à nicotina dos participantes do estudo.
Porto Alegre, 2006.**

Entrevista	Idade/anos	Sexo	Profissão	Idade, em anos, do início do fumo	Tempo, em anos, de fumo	Quantidade média de cigarros/ dia	Índice na escala de Fagerström
1	29	M	Estudante universitário (arquitetura)	19	10	20	5
2	50	F	Professora de 2º grau (matemática)	14	33	20	7
3	50	F	Professora de 3º grau (enfermagem)	16	31	35	10
4	50	F	Massoterapeuta	15	31	20	7
5	37	M	Zelador residencial	15	19	15	6
6	62	F	Do lar	22	40	33	10
7	48	M	Administrador	11	37	25	10
8	38	M	Impressor gráfico	16	18	26	8
9	62	F	Atriz	17	40	30	9
10	59	M	Propagandista de laboratório aposentado	18	40	25	10
11	38	F	Auxiliar administrativo	21	15	20	5
12	24	F	Estudante universitária (enfermagem)	15	9	20	5
13	61	F	Professora de 3º grau (letras)	18	42	20	6
14	42	F	Assistente administrativa	16	26	20	5
15	25	M	Auxiliar de mecânica	14	10	30	8
16	45	M	Auxiliar administrativo	17	25	40	8

Tabela 2 – Motivos que contribuíram para o abandono do tabagismo dos entrevistados apresentados segundo o coeficiente de dominância (CD). Porto Alegre, 2006.

Indicadores	CD
Desejo de mudança/determinação	80
Influência de pessoas queridas	35
O cigarro interferindo na convivência social - leis	35
Senso estético e olfativo	30
Prejuízos na saúde	26
Preocupações com saúde	23
Valorização da vida	13
Observar problemas de saúde	10
Conhecimento sobre os malefícios	9
Vergonha/frustração de ser fumante	7
Incomodar-se com o cigarro	7
Dinheiro	6
Profissional de saúde	4
Campanhas na mídia	4
Espiritualidade	2
Representar fumante em teatro	1
Participar em comissão antitabagismo	1
Idade	1

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Esta pesquisa buscou lançar um olhar sobre a vivência de indivíduos que pararam de fumar, com o intuito de contribuir para melhor assistir as pessoas que fumam. A partir da análise de entrevistas, foi possível inferir que são vários os fatores que contribuem para o abandono do tabagismo: a determinação de abandonar o tabagismo, o apoio recebido, a informação sobre os malefícios, as campanhas de esclarecimento, a utilização de artifícios, as restrições sociais ao fumo e os benefícios de parar de fumar.

A determinação de querer parar levou os fumantes a perseverar na sua decisão, a despeito das adversidades. A determinação foi necessária para que a mudança de comportamento pudesse ocorrer. Os relatos possibilitaram a compreensão de que o indivíduo precisa estar consciente da responsabilidade por sua saúde e deixaram evidentes a satisfação e o orgulho dos participantes por terem abandonado o tabagismo.

A decisão de parar é influenciada pelos valores da sociedade e, por isso, a importância da participação de toda comunidade no processo. A determinação de parar de fumar teria sido, segundo os entrevistados, motivada por influências de outras pessoas, como familiares, amigos e meios de comunicação social.

Além disso, o apoio profissional, familiar, social e espiritual teve papel de destaque na promoção do abandono do fumo. Os achados permitem inferir a importância de os profissionais de saúde e a sociedade compreenderem a dificuldade que é parar de fumar e criarem condições afetivas e técnicas que fortaleçam a motivação para a mudança de comportamento, sem a qual os fumantes não conseguirão ficar em abstinência.

Em razão da importância da motivação no processo de deixar de fumar, seria muito promissor se todas as oportunidades disponíveis fossem utilizadas para mobilizar as pessoas para o abandono do tabagismo. Ressalta-se que todos podem contribuir para isso, em especial os profissionais da saúde. Nesse sentido, vale destacar a importância da inclusão do tabagismo como um sinal vital, não só nas internações hospitalares como também nas consultas com os profissionais da saúde, e a necessidade da reestruturação dos serviços de saúde para fornecer o acompanhamento adequado a esses indivíduos.

Os depoimentos apontaram que as leis de restrição ao fumo, criadas para proteger a saúde de todos os cidadãos, contribuíram para mudar comportamentos sociais: o que no passado era visto como charme, sinônimo de afirmação e hábito social, passou a ser reconhecido como um ato incorreto, indesejado e não saudável. Portanto, é fundamental o desenvolvimento de estratégias de monitoramento e vigilância das leis de restrições sociais para sua continuidade e aprimoramento.

As restrições sociais ao fumo, além de auxiliar, mobilizar e educar o fumante e o não-fumante, têm constrangido e banido o fumo em alguns locais públicos, colaborando para o processo individual de abandono do tabagismo, uma vez que as pessoas querem ser incluídas e não excluídas do convívio social.

Os entrevistados indicam que o banimento total do tabagismo nos locais públicos, ambientes de trabalho e lares evitaria alguns constrangimentos para a pessoa que opta por parar de fumar, a qual, encontrando-se ainda vulnerável, pode voltar ao hábito por interferência do meio.

A partir dos depoimentos, pode-se inferir que a comunidade como um todo tem a importante tarefa de apoiar e acolher o fumante no processo de abandono do fumo e, em especial, de colaborar para a implantação de medidas restritivas ao fumo, visto que elas atuam na decisão individual de abandonar o hábito.

A dependência à nicotina fez os entrevistados passar por situações constrangedoras ao se depararem com restrições sociais ao tabaco. Para futuras pesquisas, sugere-se avaliar o comportamento dos fumantes diante das restrições ao fumo impostas em seu ambiente de trabalho. Apesar de essas restrições sociais terem causado constrangimentos e desconfortos, elas contribuíram para desacomodar os participantes e fazê-los refletir sobre o prazer e desprazer do ato de fumar.

Diante das dificuldades inerentes ao parar de fumar, acredita-se que cabe aos profissionais de saúde auxiliar, estimular, mobilizar e conscientizar os fumantes e não-fumantes sobre a importância do hábito de não fumar para a saúde da população. A divulgação dos benefícios pode contribuir para promover o abandono do tabagismo. Entre os estímulos para permanecer longe do cigarro, os entrevistados incluíram perceber-se com melhores condições de saúde e rendimento do corpo e melhora na auto-estima e, conseqüentemente, mais autoconfiança, auto-respeito, orgulho, responsabilidade sobre si e sua saúde. O sentir-se mais saudável, a satisfação com os elogios sobre a sua aparência física e por ter parado de fumar também foram fatores que contribuíram para manter a abstinência ao fumo.

Sendo assim, uma das alternativas de educação a ser realizada pelos profissionais da saúde e pela mídia, visando diminuir a prevalência do tabagismo, é a motivação e ênfase na divulgação dos benefícios advindos do cessar de fumar. Para tanto, pode-se valorizar a participação de fumantes em abstinência como modelos de identificação e referenciais de estratégias de sucesso.

As informações sobre os malefícios do fumo foram fatores importantes, mas não determinantes, no processo de parar de fumar, pois todos relataram ter informação muito antes de decidirem parar de fumar. A informação alertou os fumantes e os não fumantes para os prejuízos à saúde, desacomodou o fumante e, assim, reforçou a conscientização e o comprometimento necessário à tomada de decisão. As campanhas têm também o papel importante de promover a saúde entre

crianças e jovens, para não se iniciarem no hábito. Além disso, crianças e jovens foram peças importantes no processo de conscientização e auxílio aos fumantes na difícil tarefa de deixar de fumar.

Recomenda-se que os profissionais da saúde aproveitem todas as oportunidades para disseminar métodos efetivos de abandono, alertar sobre os malefícios do cigarro, e participem ativamente de campanhas de esclarecimento e que os órgãos públicos continuem a divulgar na mídia os malefícios do fumo, pois esses foram fatores motivadores eficazes no abandono do tabagismo.

A utilização de artifícios constituiu um caminho que auxiliou os indivíduos a persistir e vencer a vontade de fumar e/ou para substituir essa vontade por outra atividade saudável, pois, como foi verbalizado, “a vontade de fumar é como o vento, vem e vai embora”.

O processo de abandono do tabagismo não ocorreu da mesma forma em todos os indivíduos estudados, tendo cada um escolhido a melhor maneira para permanecer longe do hábito. Acredita-se que o querer de fato parar é preponderante sobre os demais fatores e que o fumante necessita de muita determinação, bem como do apoio de toda a sociedade, para conseguir vencer a dependência ao fumo.

Na pesquisa qualitativa, a generalização dos resultados se dá por meio dos leitores da pesquisa, que podem avaliar a riqueza e utilidade dos achados para melhor compreender os pacientes fumantes em sua área de atuação. Os resultados obtidos ficam restritos aos fatores relacionados à amostra, a despeito da diversidade de indivíduos entrevistados.

A realização desta pesquisa possibilitou conhecer as experiências e alguns dos percalços que o fumante encontra quando abandona o hábito de fumar, bem como refletir sobre as dificuldades que acompanham tal processo. Espera-se, assim, contribuir para a elaboração de estratégias e políticas de prevenção do tabagismo.

9 APÊNDICES

APÊNDICE A – Escala de dependência à nicotina

A pesquisa intitulada “**FATORES DE SUCESSO NO ABANDONO DO TABAGISMO**” tem como objetivo avaliar os fatores que contribuem para o sucesso no abandono do fumo a longo prazo em indivíduos dependentes da nicotina. É importante para nós saber como você conseguiu parar de fumar tendo o conhecimento de que muitos querem e poucos conseguem.

Convidamos você a participar do estudo. Para tanto, é importante você responder as questões descritas a seguir e colocá-las em um envelope lacrado e em branco para este fim, para que possamos obter subsídios para a temática proposta. Não é preciso se identificar e nos comprometemos com o anonimato das informações. Ao devolver o questionário respondido, você estará consentindo em participar do estudo. O pesquisador responsável por este projeto é o Prof. Sergio Menna Barreto, telefone para contato e informações: 3334 63 23.

ESCALA DE DEPENDÊNCIA A NICOTINA (FAGERSTRÖM)

1.Quanto tempo após acordar você fumava o primeiro cigarro?

Dentro de 5 min= 3	Entre 6 e 30 min=2
Entre 30 e 60 min=1	Após 60 min.=0

2.Você achava difícil não fumar em lugar proibido, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus?

Sim=1	Não=0
-------	-------

3.Qual cigarro do dia trazia mais satisfação?

Primeiro da manhã=1	Outros=0
---------------------	----------

4.Quantos cigarros você fumava por dia?

Menos de dez= 0	De 11 a 20=1
De 21 a 30=2	Mais de 31=3

5.Você fumava mais frequentemente pela manhã?

Sim=1	Não= 0
-------	--------

6.Você fumava mesmo doente, quando precisava ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim=1	Não=0
-------	-------

Fonte: Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire⁽¹⁵²⁾.

APÊNDICE B – Entrevista**Nº:**

Pontuação na Escala de Fagerström:

Local (Instituição):

Cidade e data: _____, ____ / ____ / _____

Início: _____ : _____ h. Término: _____ : _____ h. Duração em min: _____

Entrevistador: _____ Assinatura: _____

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1. Nome completo:
2. Endereço para contato:
3. Idade atual?
4. Sexo?
5. Escolaridade?
6. Profissão?
7. Renda familiar?
8. Idade em que começou a fumar?
9. Duração do hábito de fumar em anos/ meses?
10. Você convive com fumantes em casa?
() Sim Quem?
- () Não De que forma?
11. Pai fumante?
12. Mãe fumante?
13. Filhos fumantes?
14. No seu ambiente de trabalho as pessoas fumam? De que forma?
15. Há quanto tempo você parou de fumar?
16. Quantos cigarros você fumava por dia?
17. Como você classifica a dificuldade que você encontrou para deixar de fumar?
() muito difícil
() razoavelmente difícil
() pouco difícil

II – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Qual o motivo ou motivos que levaram você a tomar a decisão de parar de fumar? Como foi, como aconteceu?

tentativas anteriores

2. Como você conseguiu parar de fumar? Que estratégias foram utilizadas? O que contribuiu?

aspectos facilitadores

mudanças de atitudes e hábitos

restrições sociais

aspectos dificultadores

3. Existem situações que representam ameaça ao hábito de fumar? Fale-me sobre isto!

como lida com a situação

como se sente sem fumar

4. O que você diria para quem pretende deixar de fumar?

Informação/ dicas

percepção atual do fumante

5. Levando em consideração que este estudo visa entender o processo de abandono do tabagismo, há algum outro aspecto que você gostaria de relatar?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

Solicito sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada “**FATORES DE SUCESSO NO ABANDONO DO TABAGISMO**”, cujo objetivo é avaliar os fatores que contribuem para o abandono do fumo em indivíduos que pararam de fumar há mais de seis meses. Sua participação é muito importante e consiste na resposta a um questionários e a participação numa entrevista semi-estruturada. Todos os instrumentos vão abordar questões referentes ao abandono do tabagismo.

Espera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para aprimorar as campanhas já existentes contra o tabagismo, com abordagens dos principais fatores de sucesso no abandono do cigarro a partir da experiência que quem parou de fumar.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, do questionário a que responderei e dos benefícios do presente projeto de pesquisa. Fui igualmente informado: da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca da investigação; da liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo a mim; da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade; do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que essa possa afetar minha vontade de continuar participando.

O pesquisador responsável por este projeto é Sérgio Saldanha Menna Barreto, professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética do HCPA e Comissão de Pesquisa da EEUFRGS.

Nome e assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: / / Tel.: 33168601 com Prof. Dr.Sérgio Menna Barreto e 32234699 com Isabel Echer

10 ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do projeto HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 03-493

Proprietário Responsável:
SERGIO SALDANHA MENNA-BARRETO

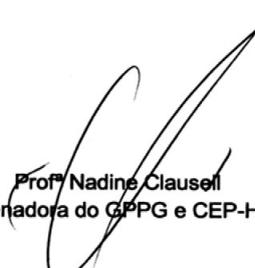
Título: SUCESSO NO ABANDONO DO TABAGISMO: ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS UTILIZADAS

EMENDA 1**Data da Versão:**

13/01/2005

Este documento referente ao projeto acima foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 14 de abril de 2005.



Prof. Nadine Clausen
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

ANEXO B – Aprovação do projeto EEUFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE PESQUISA

PARECER N. 03/04

1 Identificação	PROJETO N. 02/2004
Título: SUCESSO NO ABANDONO DO TABAGISMO: ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS UTILIZADAS	
<u>Autores:</u> Isabel Cristina Echer, Sérgio Menna Barreto	
<u>Pesquisador Responsável:</u> Sérgio Menna Barreto	
<u>Instituição de origem:</u> Faculdade de Medicina - UFRGS	
<u>Local de realização:</u> Hospital de Clínicas de Porto Alegre	
<u>Data de apresentação à Comissão de Pesquisa/EEenf:</u> 03/03/2004	
<u>Data de entrega ao Parecerista:</u> 04/03/2004	
<u>Data de devolução do Parecer à Comissão:</u> 29/04/2004	

2 Objetivos

Geral: Identificar as estratégias de sucesso no abandono do tabagismo a longo prazo.

Específicos: - Conhecer as motivações que contribuíram para o abandono do tabagismo em indivíduos que pararam de fumar há mais de seis meses;
- Identificar os fatores associados para o abandono do tabagismo em indivíduos que pararam de fumar há mais de seis meses;
- Identificar as atitudes relacionadas ao abandono do tabagismo em indivíduos que pararam de fumar há mais de seis meses.

3 Sumário do Projeto

3.1 Adequação do Título ao Tema do Projeto:

O título está adequado ao tema proposto.

3.2 Descrição e caracterização do tema e do problema:

A pesquisa versa sobre as estratégias individuais utilizadas pelos indivíduos que abandonaram o hábito de fumar a longo prazo. Os dados apresentados nas referências bibliográficas confirmam os malefícios à saúde provocados pelo tabagismo, bem como a dificuldade do abandono deste hábito de vida, no contexto atual.

4 Metodologia

Adequação metodológica:

Trata-se de um estudo de campo, do tipo exploratório descritivo, transversal. O problema a ser investigado envolverá uma metodologia que de acordo com os objetivos é composta de duas etapas sucessivas: uma primeira de caráter qualitativa denominada exploratória e a seguinte, de caráter quantitativa, descritiva.

O estudo será realizado no ambulatório no qual será aberto uma agenda (com grupo de pacientes externos) com indivíduos da comunidade em geral que pararam de fumar.

A população é constituída de indivíduos da comunidade de Porto Alegre.

A amostra se constituirá de 384 indivíduos com margem de erro de 5 pontos percentuais e 95% de confiança conforme cálculos estatísticos. Está previsto colocar uma chamada em jornal de grande circulação em Porto Alegre, visando o chamamento de indivíduos que preencham os critérios da pesquisa.

Os critérios de inclusão incluem tempo que parou de fumar, indivíduos lúcidos, orientados e com capacidade de preencher o questionário. A coleta de dados constitui-se de uma fase exploratória e outra descritiva. Será aplicada uma entrevista semi-estruturada, e um questionário que aborda a questão da dependência à nicotina através da escala de Fagersteöm. Está previsto um teste piloto. A análise dos dados da primeira etapa, será realizada através da Análise de Conteúdo de Bardin(1997), e a segunda será utilizado o pacote estatístico SPSS.

5 Comentários

Estrutura do Projeto: O projeto apresenta todas as etapas de forma clara e objetiva.

Aspectos Éticos: Está previsto preservar os princípios éticos, procurando proteger dos participantes da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este projeto foi avaliado e aprovado pela Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o n. 03-493.

Análise de riscos e benefícios: O projeto de pesquisa não apresenta riscos. Os benefícios desta pesquisa serão dirigidos aos indivíduos fumantes, que desejam parar utilizados os métodos a serem investigados.

Retorno de benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade: Esta pesquisa vem contribuir com o esforço dos profissionais da área da saúde em aconselhar aos indivíduos o abandono do tabagismo como hábito de vida. Posto isto, valoriza a promoção da saúde através da prevenção de doenças associadas ao uso do tabaco.

Os resultados contribuirão com a assistência, ensino e pesquisa na academia e na comunidade.

Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo: O termo de Consentimento Livre e Esclarecido consta de todos itens necessários para compreensão do participante do estudo.

Informação adequada quanto ao financiamento – orçamento detalhado e cronograma: O orçamento e o cronograma estão apresentados de forma adequada.

Outros centros, no caso de estudos multicêntricos: não se aplica.

6 Parecer

O tema escolhido para a pesquisa é atual e relevante ao nosso contexto. Os resultados deverão contribuir na promoção da saúde, através da prevenção de doenças relacionadas ao tabagismo, que trará benefícios a toda comunidade.

Recomendações: Recomenda-se que a autora, junto ao seu orientador, revise a metodologia proposta na primeira etapa do estudo, pois pelo que está descrito no projeto as questões abertas serão aplicadas a todos os investigados. O número de questões é muito amplo para fazer posteriormente a categorização.

Projeto aprovado.

7 Parecer Homologado na Reunião da Comissão em: 14 de abril de 2004



Prof. Dra. Maria da Graça Corso da Motta
Coordenadora da COMPESQ EEnf UFRGS

8 Observação

O Parecer Final da Comissão de Pesquisa fica condicionado ao cumprimento das reformulações propostas:

() Sim (X) Não () Não foram propostas reformulações