

TABAGISMO: MOTIVOS DA CESSAÇÃO E DA RECAÍDA NA POPULAÇÃO DE UM NASF

SMOKING: REASONS FOR CESSATION AND RELAPSE IN POPULATION OF A NASF

Lucimare Ferraz

Universidade Comunitária da Região de Chapecó-Unochapeco e Universidade do Estado de Santa Catarina-UDESC
lferraz@unochapeco.edu.br

Maria Assunta Busato

Universidade Comunitária da Região de Chapecó-Unochapeco
assunta@unochapeco.edu.br

Carla Rozane Paz Arruda Teo

Universidade Comunitária da Região de Chapecó-Unochapeco
carlateo@unochapeco.edu.br

Tamires Mattos

Universidade Comunitária da Região de Chapecó-Unochapeco
tamitibola@unochapeco.edu.br

Bruna Lieshout

Universidade Comunitária da Região de Chapecó-Unochapeco
brunaliesshout@unochapeco.edu.br

RESUMO

Introdução: o tabagismo é a principal causa evitável de óbito no mundo, caracterizando-se um problema de saúde pública. **Objetivo:** identificar os motivos que levaram a cessação do uso do tabaco e os que levam ex-fumantes a terem recaídas de moradores de bairros pertencentes a um Núcleo Apoio a Saúde da Família (NASF). **Metodologia:** pesquisa descritiva, com delineamento de um estudo transversal. Foram entrevistadas 1023 famílias pertencentes a quatro bairros de um Núcleo Apoio a Saúde da Família do município de Chapecó-SC. A análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa *Statistical Package for Social Science*. **Resultados:** das famílias entrevistadas, 516 possuíam algum membro ex-fumante ou fumante. Dessas, em 55,2% havia pelo menos um fumante e em 44,7% pelo menos um ex-fumante. Os motivos que levaram a cessação do uso do cigarro foram: crença de que o tabaco faz mal à saúde (34,7%), problema de saúde (29,4%) e por orientação do profissional de saúde (3,3%). Quanto às recaídas a principal causa foi o nervosismo (42,8%). **Conclusão:** os resultados indicam a necessidade do acompanhamento aos ex-fumantes, visando minimizar os fatores de risco para recaídas, evidenciando a importância do profissional de saúde atuar nesse processo.

Palavras-chave: tabagismo. cessação. recaída.

ABSTRACT

Introduction: smoking is the main avoidable cause of death in the world, characterized as a public health problem. **Objective:** to identify the reasons which lead to tobacco cessation and the ones which lead ex-smokers to have relapses residents of districts belonging to the Core Support for Family Health (NASF). **Methodology:** it was a descriptive cross-sectional study. One thousand and twenty-three families (1,023), who belong to four neighborhoods from one of the Family

Recebido em: 26/11/2014

Aceito para publicação em: 22/06/2015

Health Support Centers in the municipality of Chapecó-SC, were interviewed. Data was analyzed by using the program Statistical Package for Social Science (SPSS). Results: From the families interviewed, five hundred and sixteen (516) families had some ex-smoker or smoker member. From these, in 55.2% of the families there was at least one smoker and in 44,7% there was at least one ex-smoker. The reasons which led to smoking cessation were: the belief that tobacco is harmful to health (34,7%), health problem (29,4%) and health professional advice (3,3%). Regarding the relapses, the main reason was nervousness (42,8%). Conclusion: the results indicate the need for monitoring to ex-smokers to minimize the risk factors for relapse, demonstrating the importance of health professionals act in this process.

Key words: smoking. Cessation. relapsing.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o tabagismo corresponde à principal causa evitável de óbitos em proporção mundial, persistindo como um problema de saúde pública importante (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). O Instituto Nacional de Câncer (INCA) afirma que o tabagismo é responsável por até 200 mil óbitos por ano no Brasil, o que equivale a 23 mortes por hora. Além disso, o hábito de fumar é responsável por 25% dos óbitos causados por doença coronariana (angina e infarto do miocárdio), 85% dos óbitos por bronquite crônica e enfisema pulmonar (DPOC), 90% dos casos de câncer de pulmão, 25% das doenças vasculares e 30% dos óbitos oriundos de outros tipos de câncer (BRASIL, 2001). Além disso, segundo dados epidemiológicos, o número de óbitos causados pelo tabaco superam o somatório de mortes decorrentes de HIV, malária, alcoolismo, tuberculose, causas maternas, homicídios e suicídios (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al., 2010).

Além dos óbitos, verifica-se uma relação inversamente proporcional entre a qualidade de vida e o número de cigarros fumados, uma vez que o nível de qualidade de vida vai piorando de acordo com a quantidade de cigarros consumidos (MCCLAVE et al., 2009). Os autores, supracitados, também mencionam a importância do desenvolvimento de estudos para verificar relações causais subjacentes à associação entre fumadores e depressão, bem como aquela entre tabagismo e outros problemas mentais ao longo da vida.

A dependência tabágica é classificada como uma doença crônica, provocando várias mudanças em diferentes partes do cérebro como consequência da ação continuada da droga. Caracteriza-se como uma preocupação mundial, com magnitudes epidêmicas (SILVA, LARANJEIRA, 2010).

A Organização Mundial de Saúde considera que mais de 5 milhões de óbitos por ano sejam consequência de problemas de saúde relacionados ao tabagismo. A previsão para 2030 é que o número de óbitos associados ao vício chegue a 8 milhões, elegendo o tabagismo como principal causa de óbito prematuro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Em paralelo com as novas tecnologias, a atenção no cuidado com a saúde começou a surgir, com vistas para a diminuição da vulnerabilidade e da morbimortalidade da população. Esse olhar percebeu a grande importância da relação saúde e hábitos de vida. Por isso, em 2005, o Ministério da Saúde determinou uma agenda de compromissos, em que um dos eixos consiste no Pacto em Defesa da Vida, surgindo como uma política integrativa entre gestão e comunidade. Tal ação tem como um dos focos a promoção de controle do tabagismo, tendo em vista seu poder altamente determinante sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2010)

Em relação ao combate ao tabagismo, as ações envolvem a redução da concordância social com o tabaco, redução do contato com o tabaco para a faixa etária jovem e, para aqueles que já possuem o vício, redução da dificuldade de abandoná-lo. A estratégia visa, ainda, proteger a população mediante os riscos do tabaco, reduzir o contato com os derivados do tabaco,

umentar a procura de fumantes para abolir o vício e divulgar a real qualidade e todos os malefícios do tabaco na venda do produto (BRASIL, 2010). De acordo com Silva et al. (2014), o abandono do tabaco é condição *sine qua non* para a diminuição da morbimortalidade relacionada ao tabagismo.

Desta forma, o objetivo da pesquisa foi identificar os motivos que levaram à cessação do uso do tabaco e os que levam ex-fumantes a terem recaídas de moradores de bairros pertencentes a um Núcleo Apoio a Saúde da Família (NASF). Essa informação é importante, principalmente na medida em que visa buscar melhorias na atenção aos dependentes desta droga, traçando estratégias de incentivo à cessação e de controle, principalmente, das variáveis predisponentes ao retorno ao uso de tabaco.

METODOLOGIA

O estudo caracterizou-se por uma pesquisa descritiva com delineamento de um estudo transversal. Famílias que participaram do estudo são moradoras dos bairros pertencentes a um Núcleo Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Chapecó-SC. Os domicílios foram selecionados aleatoriamente através das fichas A dos cadastros dos Agentes Comunitários de Saúde pertencentes aos Centros de Saúde dos bairros referidos. A amostra inicial era de 1133 famílias, com erro amostral de 3% e proporção de perda em 10%, mas foi possível entrevistar 1023 famílias, representando esse o número da amostra final da pesquisa. A seleção dos domicílios ocorreu da seguinte forma:

1º passo: foram organizadas (empilhadas) as pastas das famílias de cada agente comunitário de saúde. 2º passo: foi selecionada a oitava família da primeira pasta (o número oito foi sorteado pela equipe de pesquisadores), e a partir dessa foram selecionadas as subsequentes com um intervalo de 12 famílias, até atingir a amostra previamente calculada. 3º passo: foi confirmado com o Agente Comunitário de Saúde responsável se a família ainda residia no endereço registrado e se havia restrição de horário para a visita/entrevista, sendo sorteada uma nova família caso houvesse algum destes empecilhos.

Os dados foram coletados por 108 acadêmicos, supervisionados por 48 preceptores (profissionais da Secretaria da Saúde) e 12 tutores (docentes) do Programa Pet-Saúde e Pet-visa. Todos os participantes do estudo foram capacitados para as atividades do processo da pesquisa. Todos os acadêmicos realizaram duas entrevistas, em bairros diferentes dos selecionados para o estudo, para testar o instrumento e desenvolver maior habilidade para a entrevista e coleta de dados.

A análise dos dados foi realizada por meio de técnicas estatísticas próprias para um estudo descritivo. Os dados sofreram o processo de controle de qualidade com análise de coerência e consistência das informações obtidas. Somente após a correção de erros de digitação é que ocorreu o início da tabulação e análise estatística dos dados. Os dados foram codificados, tabulados e interpretados com o auxílio do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), na versão 19.0. Os dados sofreram tratamento estatístico descritivo, buscando a frequência absoluta e relativa dos resultados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (parecer nº 001/2011) e pela Secretaria da Saúde do município de Chapecó (SC). Quanto aos participantes do estudo, foi explicado a estes o propósito, os objetivos e procedimentos da pesquisa e solicitada a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Também foi garantido aos participantes o direito de retirarem-se da pesquisa, caso assim o desejassem, bem como a proteção da identidade, o respeito à individualidade e à privacidade de todos os envolvidos.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 1023 famílias. Destas, 516 (50,4%) apresentaram histórico de tabagismo, tendo algum membro tabagista ou ex-tabagista (Tabela 1).

Tabela 1 – Famílias com pelo menos um familiar fumante ou ex-fumante

Variável	Número	%
Família com membro fumante	285	27,8
Família com membro ex-fumante	231	22,6
Família sem histórico de tabagismo	507	49,6
Total	1023	100

Quase metade da população (49,6%) não teve histórico de tabagismo na família e os que deixaram de fumar foram influenciados por várias razões (Tabela 2).

Tabela 2 – Motivos que levaram o indivíduo a parar de fumar

Motivos	Número	%
Crença de que o cigarro faz mal	85	34,6
Problema ou condição de saúde que o obrigou a parar	72	29,4
Influência de familiares ou amigos	37	15,1
Não se lembra	20	8,2
Outros	15	6,1
Orientação de profissionais de saúde	8	3,3
IGN	8	3,3
Total =	245*	100

*O total de ex-fumantes corresponde a 231 indivíduos, sendo que a soma dos motivos correspondem a 245, visto que alguns participantes mencionaram mais de um motivo.

Dentre os ex-fumantes (n=231), 81,8% (n=189) negaram ter tido quaisquer recaídas. A tabela 3 demonstra os motivos das recaídas.

Tabela 3 – Principais motivos que levaram os ex-fumantes a terem recaídas

Motivos	Número	%
Nervosismo	18	42,8
Convívio com fumantes	10	24,1
Vontade de fumar	6	14,3
Aumento do consumo alimentar	4	9,5
Sintomas de abstinência	2	4,7
ING	2	4,7
Total =	42	100

DISCUSSÃO

Estima-se que o número de fumantes ultrapassa a casa de um bilhão de pessoas no mundo; dessas, 80% residem em países de baixa e média renda, o que determina maior importância das doenças e mortes relacionadas ao tabaco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Das famílias entrevistadas, 285 (27,8%) eram constituídas por algum familiar tabagista no momento do estudo.

A prevalência de fumantes no Brasil em 2012, segundo o Índice de Desenvolvimento Brasileiro (IDB), chegava a 12,1% da população, apresentando os maiores índices na faixa etária de 45 a 54 anos (16%). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2009), na região Sul do Brasil, 19% da população é fumante, correspondendo à região de maior prevalência do tabagismo (BRASIL, 2007). De acordo com Barros et al. (2011), tanto no sexo feminino quanto no masculino, a região Sul mostrou índices de tabagismo acima da média nacional e das demais regiões brasileiras.

Inquérito nacional recente (Vigitel), realizado no ano de 2013 por meio de entrevistas telefônicas a 52.929 pessoas maiores de 18 anos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, identificou as maiores prevalências de fumantes na cidade de Porto Alegre (RS), tanto entre os homens (18,7%) quanto entre as mulheres (14,7%). No total das cidades pesquisadas, a prevalência de adultos fumantes foi de 11,3%, maior entre homens (14,4%) do que entre mulheres (8,6%), com tendência a ser maior na faixa etária entre 25 e 65 anos de idade, e entre aqueles com menor escolaridade (BRASIL, 2014).

Já o estudo de Vieira (2014) observou predomínio de tabagistas mulheres em relação a homens, reforçando, entretanto, que o vício estava associado à baixa escolaridade e a sintomas depressivos em ambos os sexos. Contudo, a carga tabágica demonstrou-se significativamente maior no sexo masculino. Barros et al. (2011), encontrou dados divergentes em seu estudo, pois a prevalência do tabagismo no sexo masculino foi de 18,8%, 62% maior do que no sexo feminino (11,6%) e na variável faixa etária verificou que o número de fumantes tem acréscimo relevante até os 59 anos, mas decresce a partir dos 60 anos. Os autores também identificaram que, tanto em nível nacional quanto em nível regional, há redução da prevalência de fumantes de acordo com o aumento da renda. Além disso, o número de cigarros consumidos por dia é proporcionalmente menor quanto maior a renda domiciliar.

Na mesma lógica, o inquérito Vigitel-2013 constatou que o consumo intenso de cigarros foi maior entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (6,6% e 3,5%, respectivamente), diminuindo entre aqueles com nove ou mais anos de estudo (BRASIL, 2014).

Nessa pesquisa, evidenciou-se que nas famílias com histórico de tabagismo, 44,77% delas têm pelo menos um ex-tabagista, apontando que há um interesse dos tabagistas em cessar o hábito de fumar. Sobre esse aspecto, o estudo de Karen et al. (2012) observou que 73% dos fumantes que procuraram o serviço para deixarem de fumar eram mulheres, na faixa etária entre 40 e 60 anos e que 83% dessas mulheres já haviam tentado parar de fumar previamente. Segundo a pesquisa divulgada por Reis e Fortes (2012), de membros do grupo de terapia antitabagismo, 60% do público era feminino, 74% apresentava elevado grau de dependência à nicotina, e 69% desenvolveram ansiedade, enquanto 21% apresentaram depressão grave.

Tais achados nos levam a inferir que as mulheres procuram mais os serviços de suporte devido à maior preocupação e cuidado que têm com a saúde, em comparação aos homens. Sobre esse aspecto, há, também, a questão de que parte das mulheres não tem compromissos profissionais, o que facilita o acesso aos serviços de saúde (KAREN et al., 2012). Isso indica a necessidade de voltar campanhas de conscientização e políticas de cessação ao sexo masculino, mesmo que seja necessário ampliar o horário de atendimento para facilitar o acesso aos serviços de saúde fora do horário de expediente. O cenário observado neste estudo evidencia a importância do desenvolvimento de campanhas anti-tabagismo e, especialmente, ações dos serviços de saúde na perspectiva de incentivar hábitos de vida saudáveis, informando sobre os malefícios do tabagismo a fim de evitar a iniciação do hábito de fumar.

Karen et al. (2012) ressaltam que a procura por apoio especializado só ocorre após várias tentativas frustradas feitas solitariamente, ficando o suporte ambulatorial e profissional como última opção. Cabe lembrar que, em seu estudo, 83% dos fumantes já haviam tentado parar de fumar anteriormente à procura do serviço. Noutro estudo, com residentes de Belo Horizonte e Bambuí, o índice de cessação do hábito aumentou proporcionalmente à idade, o que foi interpretado pelos autores como necessidade de abandonar o vício devido a problemas ou à preocupação com a saúde, maior sobrevivência de ex-fumantes em relação a fumantes ou, ainda, como maior probabilidade de indivíduos idosos reportarem a cessação do tabagismo em relação aos mais jovens (PEIXOTO, FIRMO, LIMA-COSTA, 2007).

Azevedo e Fernandes (2011), ao avaliarem, num estudo de coorte, fumantes que buscavam por tratamento, observaram que 75% dos pacientes com intenção de abandonar o tabagismo pertenciam ao sexo feminino, 67% pertenciam à faixa etária entre 40 e 59 anos, 60% possuíam ensino fundamental incompleto, 57% relatavam atividades de lazer, 53% já eram portadores de doenças relacionadas ao tabaco e 70% já haviam realizado tentativas prévias. A recomendação médica se fez presente em 51% dos pacientes, e 66% relataram receber incentivo para o abandono do vício. A ansiedade apareceu em altas taxas, atingindo 64% dos pacientes, enquanto a depressão ocorreu menos frequentemente (39%). O grau de dependência dos pacientes analisados chegou a 78%. Entre os participantes que aderiram ao tratamento, 66% atingiram o objetivo de cessar o fumo. Em resumo, associou-se o fracasso terapêutico (dos pacientes que buscam tratamento) à ausência de atividades de lazer, à ausência de doenças relacionadas ao tabaco e ao maior nível de escolaridade.

Quando se discute a respeito da cessação do hábito de fumar, é necessário considerar três componentes essenciais que constituem a dependência à nicotina, a saber: a dependência física, que causa os sintomas observados na síndrome de abstinência, tais como diminuição da atenção e da capacidade de concentração, aumento da ansiedade e desejo compulsivo de fumar. A dependência psicológica, por sua vez, gera a sensação de que o cigarro auxilia o indivíduo a lidar com diversos sentimentos, desde solidão até frustrações ou dificuldades sociais. Já o condicionamento pode ser representado por atividades rotineiras associadas, pelo indivíduo, ao tabagismo. Devido a esses fatores, o grau de dependência à nicotina determina a dificuldade de cada paciente para abandonar o tabaco (REICHERT et al., 2008).

Analisando os motivos que levaram os ex-fumantes à cessação do tabagismo, 34,6% dos entrevistados deste estudo responderam que foi devido à crença de que o cigarro faz mal à saúde. Esse dado converge com o estudo de Santos et al. (2008), que também identificou que o principal motivo foi 'prevenção de doenças', citado por 40,4%, sendo que 29,4% dos entrevistados afirmaram ter problemas de saúde que obrigaram a cessar o hábito para evitar o agravamento de seu estado mórbido. Na pesquisa de Santos et al. (2008), essa situação foi mais prevalente entre os idosos (66,7%), tornando-se a principal causa de cessação nessa faixa etária. Já segundo Karen et al. (2012), 70% dos fumantes atendidos em um centro de referência de apoio à cessação do tabagismo relataram ser usuários de medicamentos de uso crônico ou portadores de comorbidades físicas, sendo, na maioria das vezes, conduzidos ao serviço a partir de encaminhamentos médicos. Castro, Matsuo e Nunes (2010) afirmam que ter uma doença relacionada ao hábito de fumar é um fator relevante para o fumante, uma vez que o leva a buscar auxílio, o que favorece o sucesso terapêutico. Ferreira et al. (2011) também relatam que, em seu estudo, problemas de saúde relacionados ao tabagismo corresponderam à maior motivação para abandonar o hábito. Coutinho, Brun e Arruda (2014) evidenciaram, em seu estudo, que a maioria dos pacientes cessou o vício por perceber os prejuízos à saúde associados ao tabaco. Segundo essa pesquisa, os pacientes estavam informados quanto aos riscos decorrentes do tabagismo e, desta forma, estavam aptos a identificar os desenlaces desfavoráveis relacionados ao hábito de fumar (COUTINHO, BRUN, ARRUDA, 2014). Dessa forma, é possível prever a maior atribuição do profissional de saúde na motivação da cessação do vício: informar ao paciente tabagista os prejuízos que fumar acarreta à saúde, de forma clara e objetiva, orientando e incentivando o indivíduo no abandono do hábito.

Dos ex-fumantes entrevistados, 15,1% afirmaram ter como fator determinante para o abandono do hábito a influência de amigos e familiares. No estudo de Santos et al. (2008), esse item foi

mencionado por 33,5% dos participantes. Também no estudo de Azevedo e Fernandes (2011), tal fator teve grande expressividade no sucesso do abandono ao tabagismo. Russo e Azevedo (2010) também observaram em sua amostra que a maioria dos fumantes optou por cessar o vício por influência do incentivo familiar; posteriormente, a orientação e o encaminhamento para a terapia recebeu a influência médica. Coutinho, Brun e Arruda (2014) citam quatro pilares em relação à influência familiar na cessação do hábito: incentivo, reflexão, apoio e proteção. Em seu trabalho, a ajuda externa mostrou-se claramente relacionada com o âmbito familiar.

Chama atenção em nosso estudo que somente 3,3% dos entrevistados disseram que as orientações de profissionais de saúde foram o alicerce para abandonar o vício. Esse dado mostra-se discrepante em relação ao encontrado por Santos et al. (2008), que indica a orientação médica como responsável por 58,3% da cessação em idosos. Azevedo e Fernandes (2011) também trazem dados contrastantes em seu estudo, em que 51% dos pacientes que procuraram tratamento para o tabagismo receberam orientação médica para tal. É importante enfatizar, contudo, que a orientação do profissional de saúde no que diz respeito aos prejuízos atribuíveis ao cigarro pode levar o paciente a listar como fator determinante do abandono a consciência de que o cigarro faz mal à saúde, deixando a orientação profissional subentendida. Destaca-se que 8,2% da população de ex-fumantes relatam não se lembrar do motivo responsável pela cessação do tabagismo, enquanto 6,1% afirmaram ter motivos diferentes dos listados.

A falta de apoio do profissional de saúde no processo de abandono ao hábito de fumar pode deixar ex-fumantes mais vulneráveis a recaídas. No estudo de Pawlina et al. (2014), a taxa de fracasso à cessação do vício chegou a 62,5%. Observou-se, inclusive, relação entre a faixa etária mais jovem (20 a 39 anos) com maiores riscos de falha à tentativa. Em um estudo realizado por Ferreira et al. (2011), observou-se que, dos fumantes, 42,1% em algum momento da vida abandonaram o vício, porém tiveram recaídas.

Na presente pesquisa, 18,2% dos entrevistados relataram ter tido recaídas, e os principais motivos foram o nervosismo, a vontade incontrolável de fumar, o convívio com fumantes, o aumento do apetite e o consumo maior de alimentos, gerando um aumento de peso corporal, e sintomas de abstinência. Essa situação é afirmada por Khurana et al. (2003), no sentido de que a maioria dos ex-fumantes apresenta recaídas durante o processo. Segundo os autores, isso ocorre devido à síndrome de abstinência gerada pela ausência de nicotina sérica e à fissura pelo cigarro. Azevedo et al. (2008) relatam que 75% dos fumantes desejam parar de fumar, porém somente 10% conseguem largar o vício por conta própria, e apenas 2,7% largaram o tabagismo sem tratamento. Segundo Jain (2003), as recaídas geralmente ocorrem no período que varia entre dois dias e três meses do abandono. Na mesma direção, Rigotto e Gomes (2002) afirmam que os três primeiros meses do processo de recuperação de dependentes químicos constituem a fase mais crítica para a ocorrência de recaídas.

Tendo em vista o alto grau de dependência que a nicotina pode causar, sabe-se que recaídas são comuns no processo terapêutico, e podem ser necessárias 5 a 7 tentativas de cessar o hábito até que realmente se alcance o objetivo (REICHERT, 2008). Da mesma forma que a dependência à nicotina acontece em graus que variam de fumante para fumante, a dificuldade de abandonar o vício também é variável entre os tabagistas. Enquanto alguns fumantes conseguem largar o cigarro espontaneamente, outros não resistem ao vício mesmo com tratamento farmacológico (SANTOS et al., 2008).

Bordin, Figlie e Laranjeira (2004) identificam como fatores de risco para as recaídas os momentos emocionais negativos, como frustrações, ansiedade, raiva e conflitos interpessoais. A respeito dos motivos que levam a recaídas, Gigliotti e Presman (2006) ressaltam que os indivíduos devem fazer uma auto-avaliação dos momentos que associam ao ato de fumar, como, por exemplo, fumar após refeições ou antes de dormir, o que pode contribuir para o reconhecimento dos fatores que favorecem a sua designação de vício.

Nesse contexto ganha importância o conhecimento acerca dos fatores envolvidos no fracasso do tratamento, uma vez que, ao conhecê-los, há a chance de minimizá-los (PAWLINA et al., 2014). Além disso, convém aos profissionais a monitorização dos ex-fumantes, para identificar

possível aparecimento de fatores de risco, evitando uma nova adesão ao tabaco. Garantir aos indivíduos um suporte psicossocial, com ênfase nos malefícios do tabaco e nos benefícios da cessação, é essencial para o sucesso do abandono, diz Reichert (2008).

Tendo em vista a alta prevalência e as complicações orgânicas e sociais do tabagismo, o abandono do tabaco é um objetivo da saúde pública internacional. Para atingir esse objetivo, constantemente, leis e ações são implementadas. Neste ano, o MS regulamentou a Lei Federal de dezembro de 2011, que prevê a proibição de fumar em ambientes fechados e de uso coletivo em todo território brasileiro, prevendo multa a quem não respeitar a legislação (BRASIL, 2014). Sobre esse aspecto, Souza (2011) chama a atenção para as campanhas de promoção da saúde, reconhecendo sua importância, porém problematiza a questão das relações socioespaciais que são estabelecidas, as quais determinam áreas que segregam os fumantes, estabelecendo fronteiras de convivência, observando nos espaços públicos relações de poder estabelecidas por meio da identidade relacionada ao uso do tabaco.

Outrossim, muitos centros passaram a ver o tabagismo como uma doença, que necessita de uma abordagem e tratamento medicossocial, proporcionando ao paciente a opção de um acompanhamento com clínico para sentir-se encorajado em abandonar o vício, por iniciativa própria. Incluem-se nesse processo as crenças, os valores e o contexto social do tabagista, promovendo alterações das suas condições e do meio de trabalho no qual está inserido (SANTOS et al., 2010).

Nessa perspectiva, as políticas públicas contra o tabagismo atuam no Brasil desde 1989, a partir da criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) pelo INCA e pelo Ministério da Saúde (SILVA et al., 2014). Atualmente, o Ministério da Saúde investe na terapia cognitivo-comportamental, oferecida na Atenção Básica e média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo geral visa reduzir a prevalência de fumantes e os índices de morbimortalidade associados a doenças ligadas ao tabaco no Brasil. Essa terapêutica constitui-se em um tratamento não-medicamentoso, com evidências de resultados benéficos (BRASIL, 2014). Barros et al. (2011) acreditam que a redução do consumo no país se deve, parcialmente, a esse programa, que atua proibindo a propaganda, obrigando a apresentação de imagens de advertência no produto e restringindo o fumo a ambientes abertos ou não-coletivos. Ressalta-se que, para o sucesso de qualquer programa, é importante uma avaliação inicial e contínua dos programas, para real verificação dos resultados, não perdendo a atenção no que diz respeito às necessidades dos indivíduos, possibilitando, assim, maior adesão (TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como uma porta de entrada para movimentos de controle ao tabagismo, uma vez que é responsável por diversas ações, tanto no coletivo como no individual, englobando desde a promoção à saúde até a reabilitação (BRASIL, 2010). Desde o ano de 2004 a APS assumiu esse pacto, buscando aumentar o acesso às informações e ao tratamento do tabagismo, por meio de capacitações aos profissionais de saúde, conhecimento dos usuários e fornecimento de medicamentos para o tratamento. Ribeiro (2011) menciona a importância da participação do profissional da saúde, na conscientização da população sobre os malefícios do tabagismo, no âmbito da atenção básica, contemplando as políticas em vigor no país.

Nesse contexto, é interessante analisar a convergência entre os dados de Takamatsu et al. (2014) com o resultado do presente trabalho. Em ambos, quando procurados os motivos de cessação do hábito e busca por tratamento, a maioria dos participantes revelou ter como alicerce do abandono a preocupação com a saúde e com os problemas que o cigarro pode gerar ou exacerbar. Porém, quanto ao papel dos profissionais de saúde nesse processo, no estudo de Takamatsu et al. (2014) 8,6% dos participantes relataram que a orientação médica foi um fator estimulante do abandono. Já em nosso estudo essa taxa atinge apenas 3,27%.

Contudo, pode-se considerar que a orientação do profissional da saúde consiste, muitas vezes, em conscientizar o tabagista quanto aos possíveis danos causados pelo tabaco. Com essa abordagem, cria-se um vínculo entre os tópicos 'orientação profissional' e 'crença de que o cigarro faz mal a saúde'. Porém, isso implica que os profissionais de saúde forneçam

informações e proporcionem esclarecimentos de dúvidas a respeito dos malefícios do uso do tabaco, além de criarem um ambiente propício na motivação do paciente ao cuidado com sua própria saúde; o profissional de saúde, na abordagem de um tabagista em busca de auxílio para abandonar o fumo, deve descartar a falsa segurança gerada pela prática prescritiva e atuar com empatia e precaução com as palavras colocadas ao paciente (COUTINHO, BRUN, ARRUDA, 2014).

Por fim, vale mencionar que o Brasil é um exemplo de país em que as respostas às políticas de controle ao tabagismo foram significativamente positivas. Dados epidemiológicos apontam para a prevalência de 34,8% de tabagistas em 1989, com redução para 18,5% em 2008 (SZKLO et al., 2012) e 11,3% em 2013 (BRASIL, 2014). Essa acelerada redução está fortemente associada às políticas públicas de controle do tabagismo adotadas nas últimas duas décadas. Parece ser decorrente de medidas como aumento do custo do cigarro – atribuído a 48,4% das cessações, redução do marketing e propaganda (13,7%), restrição ao fumo em ambientes fechados e coletivos (13,6%), programas de cessação (9,8%), advertências no verso das embalagens (7,8%), campanhas em massa (6,3%) e, com menor relevância, restrição ao acesso por jovens (0,3%) (LEVY, ALMEIDA, SZKLO, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que, entre as 1023 famílias entrevistadas, quase um terço tinham pelo menos um familiar tabagista e quase a metade relatavam ter um familiar ex-fumante. Entre os principais motivos para o abandono do tabaco, destaca-se a relação do cigarro com agravos à saúde. Entre os casos de recaídas, a principal causa foi o nervosismo gerado pela abstinência, o que indica a necessidade de acompanhamento, e de um cuidado longitudinal, que vise uma terapêutica que minimize os fatores de risco para estes eventos.

Diante desses resultados, constata-se a importância da educação em saúde, numa perspectiva dialética, em que os profissionais de saúde busquem por uma escuta qualificada entender, quiçá compreender, as representações do uso do tabaco para os tabagistas. Nessa perspectiva, juntos, profissional da saúde, tabagistas, familiares e comunidade, devem buscar meios e alternativas de apoio aos que pretendem parar de fumar, levando em consideração o desejo e a autonomia de escolhas do usuário. Além da promoção à saúde aos tabagistas e ex-tabagistas, é importante a abordagem preventiva do uso do tabaco, e aqui chama-se atenção para a efetivação do Programa Saúde na Escola (PSE), que em suas diretrizes visa à articulação intersetorial saúde e educação na prevenção do uso de drogas ilícitas e lícitas entre os adolescentes.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, R. C. S. et al. Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. **Rev Saúde Pública**. v. 42, n. 2, p. 353-5, 2008.

AZEVEDO, R. C. S.; FERNANDES, R. F. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. **Sao Paulo Med. J.** v. 129, n. 6, p. 380-386, 2011.

BARROS, A. J. D. et al. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.9, p. 3707-3716, 2011.

BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto nacional de câncer - INCA. **Abordagem e tratamento do fumante – consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tabagismo no Brasil: um grave problema de saúde pública**. Rio de Janeiro: Instituto

- Nacional do Câncer;** 2007. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf. Acesso em nov. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ed, 2010. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.
Acesso em nov. 2014.
- CASTRO M. P. R.; MATSUO T.; NUNES S. O. U. As características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência para cessação tabágica. **J BrasPneumol**, v. 36, n. 1, p. 67-74, 2010.
- COUTINHO, BRUN, ARRUDA. A motivação como estratégia para cessação do tabagismo. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.9, n.32, p. 242-249, 2014.
- FERREIRA, S. A. L. et al . Motivos que contribuem para indivíduos de uma escola de nível superior tornarem-se ou não tabagistas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 287-293, 2011.
- GIGLIOTTI A, PRESSMAN S. **Atualização no Tratamento do Tabagismo**. Rio de Janeiro: Abc Saúde; p. 107-128, 2006.
- JAIN, A. Treating nicotine addiction. **BMJ**, v. 327, p. 1394-1395, 2003.
- KAREN, S. K. K. et al. Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. **Rev Medicina**, v. 45, n. 3, p. 337-42, 2012.
- KHURANA, S. et al. Twenty-first century tobacco use: it is not just a risk factor anymore. **Respir Med**, v. 97, p. 295-301, 2003.
- MCCLAVE, A. K. et al. (2009). Association between smoking cessation and anxiety and depression among U.S. adults. **J AddictedBehaviors**, v. 34, p. 491-497, 2009.
- PAWLINA, M. M. C et al. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. **J BrasPsiquiatr**, v. 63, n. 2, p.113-20, 2014.
- PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cad Saúde Pública**, v. 23, n.6, p. 1319-1328, 2007.
- REIS, R. C. M; FORTES, R. C. Fatores associados a não cessação do tabagismo em participantes do grupo de terapia de um centro de saúde do Distrito Federal. **Rev FasesSena Aires**, v.1, n. 1, p. 3-8, 2012.
- REICHERT, J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. **J BrasPneumol**, v. 34, n. 10, p. 845-80, 2008.
- RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 95-106, 2002.
- RUSSO, A.C.; AZEVEDO, R. C. S. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. **J Bras Pneumol**, v. 36, n. 5, p. 603-611, 2010.
- SANTOS S. R. et al. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. **J Bras Pneumol**. v. 34, n. 9, p. 695-701, 2008.
- SANTOS, L. C. et al. Psicologia e profissão: neurose profissional e a atuação do psicólogo organizacional frente à questão. **Rev Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 2, p. 248-261, 2010.
- SILVA CJ, LARANJEIRA RR. **Aconselhamento em dependência química**. In: Neurobiologia da dependência química, ed. 2ª. São Paulo: Roca; 2010
- SILVA, S. T. et al. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 539-552, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al. Tabagismo: parte I. **Rev. Assoc. Med. Chem. Bras.**, v. 56, n. 2, p. 134, 2010.

SOUZA, C. D. As campanhas de promoção da saúde e suas implicações nas relações sócioespaciais entre fumantes e não fumantes no espaço público. **Hygeia** 7(12):67 - 82, Jun/2011.

SZKLO, A. S. et al. A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. **Prev Med.** v. 54, n. 2, p.162-7, 2012.

TAKAMATSU G. et al. Impacto do programa de apoio ao tabagista de um município do sul de Minas Gerais, Brasil. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 20, n. 1, abr. 2014.

TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. Recommendations for worksite-based interventions to improve worker's health. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 38, p. 232-236, 2010.

VIEIRA, S. A. P. **Prevalência de tabagismo e motivações para fumar: estudo de base populacional, em Florianópolis**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal De Santa Catarina – UFSC, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the global tobacco epidemic 2008**. The MPOWER Package. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva: World Health Organization, 2010.