

# O consumo de tabaco numa instituição universitária: Prevalência e características do fumador

MARINA PRISTA GUERRA (\*)  
CRISTINA QUEIRÓS (\*)  
SANDRA TORRES (\*)  
FILIPA VIEIRA (\*)  
CARLA BRANCO (\*)  
SOFIA ALMEIDA GARRETT (\*)

## INTRODUÇÃO

O tabagismo tem sido reconhecido, nos últimos anos, como um dos principais problemas de saúde pública e responsável por milhões de mortes anualmente (WHO, 2005 cit. in Fraga *et al.*, 2005). Apesar da informação veiculada pelas diversas campanhas a nível mundial, e das medidas políticas adoptadas pelos países desenvolvidos, verifica-se que estas acções não são suficientes para alterar comportamentos (Fraga *et al.*, 2005). A motivação para a mudança comportamental é influenciada por vários factores (Ogden, 1999) sendo várias as teorias psicológicas explanadas (Ogden, 1999; Ribeiro, 1998), contudo, fora do âmbito deste artigo. Diversos

estudos têm-se debruçado sobre os preditores de mudança em diferentes tipos de comportamentos de saúde (e.g. prevenção de doenças, estilo de vida saudável, prática de exercício físico). No que concerne ao tabagismo, este parece ser um dos comportamentos mais resistentes à mudança. As razões que reforçam esta dificuldade têm vindo a ser largamente documentadas, não só pelo “hábito” comportamental instalado mas, sobretudo, pela dependência física que a nicotina provoca no organismo. Deste modo, a cessação pode conduzir a uma síndrome intensa de abstinência reconhecida e descrita no DSM-IV (APA, 2000/2002), devendo ser tratada como uma doença crónica. De acordo com Benowitz (2008) esta síndrome inclui humor depressivo, irritabilidade, dificuldades de concentração, problemas relacionais e aumento de apetite e insónia. Estes sintomas podem prolongar-se no tempo após a cessação sobretudo sob a forma de anedonia, sendo a falta de estimulação dopaminérgica uma das explicações adiantadas segundo o mesmo autor.

As mulheres parecem ser ainda mais vulneráveis a esta dependência, tendo sido avançadas hipóteses explicativas relacionadas com a sua componente

(\*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Qualquer correspondência relativa a este artigo deverá ser remetida para Marina Prista Guerra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Rua Dr. Manuel Pereira da Silva, 4200-392 Porto, Portugal. E-mail: mguerra@fpce.up.pt

hormonal e com alguns efeitos secundários da cessação como o aumento de peso que, para o sexo feminino, tem uma importância estética superior ao do género masculino (Wetter, Kenford, Smith, Fiore, Jorenby, & Baker, 1999). Deixar de fumar torna-se assim para alguns, mas não para todos, uma tarefa impossível (Guerra, 2004). Se observarmos o que se passa em países em que medidas políticas foram adoptadas há décadas (e.g. Estados Unidos, Inglaterra, Nova Zelândia, Suécia) verificámos que continuam a existir fumadores e que, actualmente, têm características que os tornam de mais difícil intervenção – são chamados “recalcitrantes” (Irvin, Hendricks, & Brandon, 2003). Entre esses, os denominados “hard-core” constituem uma pequena franja dos fumadores renitentes que normalmente tem associados muitos outros problemas tais como económicos, doença mental ou outras dependências e que não demonstram intenção em deixar de fumar (Royal College of Physicians, 2007; Warner & Burns, 2003). A associação entre doença mental e dependência tabágica tem sido amplamente enfatizada, verificando-se nestas populações uma prevalência tabágica muito superior (McNeill, 2001). O contributo benéfico dos efeitos da nicotina tem sido reconhecido a nível neurobiológico e neuropsiquiátrico, o que em parte poderá explicar esta associação, bem como a melhoria de sintomatologia em determinadas doenças (Guerra, 2004). De acordo com Benowitz (2008), a nicotina actua essencialmente através dos receptores da acetilcolina, melhorando o estado de alerta e a função cognitiva, e estimulando directa ou indirectamente outros neurotransmissores (a dopamina que tem uma função de prazer e de supressão do apetite; a norepinefrina que instiga o estado de alerta e também suprime o apetite; o glutamato que melhora a aprendizagem e memória; a serotonina que regula o humor e também reduz o apetite e, por fim, a beta-endorfina e o GABA implicados na redução da ansiedade e tensão).

A implementação da recente lei portuguesa contribuiu para a redução da componente de condicionamento que está associada ao acto de fumar e que pode ser independente da dependência fisiológica (e.g. fumar após um jantar em público, no gabinete de trabalho quando toca o telefone), levando a um descondicionamento e conseqüente extinção do consumo de tabaco nessas situações.

O facto de se saber que há alguns efeitos da nicotina que interferem a nível biológico, fez levantar a hipótese de muitos fumadores usarem aquela subs-

tância numa tentativa de auto-medicação, como referiu Rosecrans (1998 cit. in Guerra, 2004).

Todas estas constatações fizeram mudar inclusive as linhas mestras de intervenção na dependência tabágica. Actualmente, sobrepondo-se ao objectivo último da cessação, surge um outro que é definido como redução de danos (Eissenberg, 2007; Fagerström, 2007; McNeill, 2004; Royal College of Physicians, 2007). A redução de danos procura além de uma redução de consumo do tabaco, permitir a associação deste concomitante ao uso de produtos de substituição nicotínica, restrito por exemplo às pastilhas elásticas e inaladores e, minimizar os efeitos nefastos através do controlo na venda dos produtos com nicotina sob as várias formas de administração, inclusive os farmacológicos (College of Physicians, 2007). Ainda, um dos aspectos centrais desta nova política prende-se com o facto da redução de danos poder ser predictora da cessação (Falba, Jofre-Bonet, Busch, Duchovny, & Sindelar, 2004; Orive, 2007), não havendo ainda estudos suficientes que reforcem os benefícios de uma redução de danos a longo prazo para a saúde ou qualidade de vida (Godfredsen, Prescott, & Osler, 2005).

Em Portugal ainda não se implementou esta forma de intervenção<sup>1</sup>, pois encontramos-nos ainda numa fase correspondente à década de 1980 nos países como Estados Unidos e Inglaterra. Contudo, é positivo aprender com a experiência desses países e estarmos atentos a alguns tipos de fumadores que demonstrem uma maior dificuldade na cessação.

Uma das recentes avaliações sugeridas na avaliação do risco do fumador é a fórmula “unidade maço ano” (UMA = anos de fumador x número de cigarros dia/20) tendo-se verificado pela investigação (Ebbert *et al.*, 2008; Fernandes, 2008) que é um indicador fidedigno, pois conjuga os anos de fumador com o número de cigarros fumados. De acordo com Fernandes (2008) a partir de um valor de UMA = 10, as pessoas têm um aumento considerável do risco de desenvolver doenças relacionadas com o uso de tabaco (e.g. doença pulmonar obstrutiva crónica, cancro, doenças cardiovasculares). Este facto enfatiza que os malefícios do tabaco são mais visíveis a longo prazo.

<sup>1</sup> A maioria das acções formativas que estão a ser implementadas com técnicos de saúde para intervenção na dependência tabágica, nomeadamente da ARS Norte, não contemplam ainda este tipo de abordagem não sendo, portanto, apresentada como uma possível terapêutica ao fumador.

No nosso país, o fumo foi socialmente aceite até muito recentemente. Em Janeiro de 2008 passou-se de uma tolerância extrema para medidas restritivas também elas extremas. Na realidade, as medidas políticas adoptadas certamente terão um efeito similar ao que aconteceu em outros países que tiveram essa experiência. Isto significa extinguir esse comportamento naquelas pessoas que possivelmente fumavam mais socialmente, por influência de pares e, em cuja dependência física não era muito elevada (Irvin, Hendricks, & Brandon, 2003). Para aqueles em cuja dependência fisiológica é marcante e associada a outros problemas, o comportamento tabágico manter-se-á.

Um outro aspecto analisado no âmbito das recaídas é o tempo de abstinência. Constata-se que a percentagem de abstinência tabágica em ex-fumadores vai diminuindo ao longo do tempo, sendo de 20% ao fim de um mês e de 3% ao fim de seis meses, nos casos em que não foi realizada qualquer tipo de intervenção com os fumadores (Benowitz, 2008). Nos casos em que há intervenção, independentemente do seu tipo, as taxas de abstenção ao fim de 6-12 meses são da ordem dos 20-30% (Barringer & Weaver, 2002). A percentagem de cessação ao fim de um ano de acordo com Prochazka (2000) situa-se entre os quinze e os 20%. Ao fim de 3,5 anos o estudo de Stapleton (1998) enfatiza que só 10% da amostra se mantém abstinente e o estudo de Yudkin, Hey, Roberts, Welch, Murphy e Walton (2003) ao fim de oito anos de seguimento refere uma taxa de abstinência de 5%.

A literatura clássica estabeleceu períodos temporais muito curtos para a avaliação do seguimento de ex-fumadores que variam em média, de semanas a seis meses. Nesta área de investigação follow-ups de seis meses já são considerados na literatura como “longos” (Hughes, Keely, Niaura, Ossip-Klein, Richmond, & Swan, 2003). São raros os estudos com seguimentos entre doze e dezoito meses (*muito longos*), sendo na sua maioria ensaios clínicos (Blondal, 1999; Jorenby *et al.*, 2006; Maseeh & Kwatra, 2005; Stapleton, 1998) o que dificulta o estudo aprofundado do fenómeno, dado que o principal objectivo é averiguar os efeitos benéficos de determinada terapêutica a longo prazo. Com o que se sabe actualmente, face ao problema da recaída, todos os seguimentos deveriam ser pelo menos superiores a dois anos para se ter alguma garantia da sua eficácia. É algo comum, pessoas que deixaram de fumar durante longos períodos de tempo, recaírem (Guerra, 2004).

Abordando ainda o problema das recaídas, a literatura tem-se debruçado também sobre os predictores da cessação tabágica. De acordo com John, Meyer, Hapke, Rumpf e Schumann (2003) encontramos na sua revisão referência a factores como o estatuto socio-económico elevado, o menor número de cigarros fumados e anos de fumador, o género masculino e o número de tentativas para deixar de fumar, pressupondo-se que quanto maior for o número de tentativas, maior será a probabilidade de atingir a cessação. Contudo, este resultado não é consensual e Hyland, Li, Bauer, Giovino, Steger e Cummings (2004) demonstraram recentemente no seu estudo que os melhores predictores numa coorte ao longo de treze anos eram o grau de dependência física menor e a idade superior a 45 anos. A dependência física revelou-se também como um bom predictor no próprio estudo empírico de John e colaboradores (2003).

Considerando que a política de restrição ao fumo em Portugal tem um passado recente (Janeiro de 2008) e tendo a nossa instituição sido considerada livre de fumo cerca de dois anos antes (aquando da mudança para as novas instalações no pólo da Asprela), este artigo teve por objectivo principal caracterizar sócio-demograficamente a população de uma Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação constituída por alunos, docentes e funcionários quanto ao acto de fumar. Contudo, foram ainda delineados outros objectivos:

- (1) Caracterizar os fumadores actuais quanto ao número de cigarros/dia e anos de fumador através da UMA;
- (2) Comparar fumadores que nunca tentaram deixar de fumar com outros fumadores actuais que já conseguiram alguns períodos livres de fumo, quanto ao número de cigarros fumados e anos de fumador;
- (3) Verificar no grupo de fumadores que já deixaram de fumar, qual o maior período de tempo em que já estiveram abstinente, e comparar fumadores e ex-fumadores quanto a esta variável (tempo de abstinência conseguido) bem como ao número de tentativas para deixar de fumar;
- (4) Partindo da análise de conteúdo de questões abertas foram ainda delineados os seguintes objectivos de natureza qualitativa: (a) identificar as razões apontadas pelos ex-fumadores para permanecerem abstinente, salientando os motivos que os faziam sentir melhor (pelo

facto de terem deixado de fumar); (b) identificar os sintomas de abstinência descritos em fumadores reincidentes; (c) identificar razões que levaram os fumadores a que tentassem deixar de fumar; (d) identificar as razões da recaída em fumadores reincidentes; e (e) analisar eventuais relações entre a presença de doença e estatuto de fumador e não fumador e ex-fumador.

## MÉTODO

### Participantes

Foram enviados via Internet os questionários a cerca de 1435 alunos e 141 docentes e funcionários. A taxa de devolução de resposta foi 43,9% para docentes e funcionários e muito inferior para

os alunos, cujas respostas obtidas foram apenas 227 (15,8%). É compreensível que a taxa de respostas dos alunos tenha sido bastante inferior porque muitos deles não utilizam o endereço electrónico oferecido pela Faculdade mas os seus pessoais e, por outro lado, muitos alunos apesar de inscritos são de pós-graduação (mestrado e doutoramento) não acedendo com regularidade a esses mails.

Quanto à situação profissional (Tabela 1), verificamos que na nossa amostra predominam os alunos, sendo os funcionários o grupo menos representado.

No que se refere ao género (cf. Tabela 2), sendo uma faculdade predominantemente feminina, 252 (87,2%) dos participantes são do género feminino e os 36 (12,5%) restantes do masculino, havendo um caso omissio. É no grupo de alunos que o predomínio do género feminino é mais acentuado, enquanto o grupo de docentes apresenta uma proporção mais elevada de elementos masculinos em comparação com os outros grupos.

TABELA 1  
Distribuição dos participantes por situação profissional

Situação profissional	Frequência	Percentagem
Docente	40	13,8
Funcionário	22	7,6
Aluno	227	78,5
Total	289	100,0

TABELA 2  
Distribuição dos participantes por género (total e por situação profissional)

Género	Frequência	Percentagem
Masculino	36	12,5
Feminino	252	87,2
Omisso	1	0,3
Total	289	100,0
Docente – Masculino	10	25,0
Docente – Feminino	30	75,0
Funcionário – Masculino	3	13,6
Funcionário – Feminino	19	86,4
Aluno – Masculino	23	10,2
Aluno – Feminino	203	89,8

Nota: O caso omissio inclui-se no grupo de alunos.

TABELA 3  
Média de idade dos participantes (total, por situação profissional e por género)

Grupo	N	Média	Desvio-padrão
Amostra total	287	26,06	9,784
Docente	40	42,25	8,825
Funcionário	21	40,05	9,987
Aluno	226	21,89	4,119
Masculino	36	29,81	9,295
Feminino	250	25,54	9,765

Quanto à idade (cf. Tabela 3), verificamos que na amostra total esta varia entre 18 e 66 anos (M=26, DP=9,78).

Analisando por situação profissional, os alunos apresentam nitidamente uma média de idades inferior (cerca de 22 anos), enquanto os funcionários e docentes têm uma média de idades de aproximadamente 40 e 42 anos, respectivamente. O género masculino apresenta também uma média de idades superior, com cerca de trinta anos, por oposição ao género feminino, com aproximadamente 26 anos.

### Material

Os questionários aplicados contemplavam além da categorização socio-demográfica (idade, sexo e situação profissional) uma primeira pergunta: "Tem alguma doença diagnosticada e qual?", seguindo-se a questão "É ou já foi fumador". Os nunca fumadores terminavam aqui o questionário.

Aos fumadores eram ainda colocadas as seguintes questões: quantos cigarros fuma por dia e há quantos anos, se já deixou de fumar alguma vez? e se sim, quantas vezes; qual o maior período de abstinência conseguido, e se sentiu sintomas incómodos quando deixou de fumar? se sim, quais?; porque motivos voltou a fumar?

Para os ex-fumadores as perguntas foram: é a primeira vez que deixou de fumar, sim ou não, e se não quantas vezes? Há quanto tempo deixou de fumar? Sente-se melhor por ter deixado de fumar? Se sim, porque motivos? E se não, porque motivos?

Para o fumador ocasional questionámos se alguma vez já tinha sido fumador regular e em caso de resposta afirmativa, quantos cigarros fumava por dia? Se

enquanto fumador regular esteve algum período abstinente e porque motivos?

### Procedimento

Após permissão do Conselho Directivo, os questionários foram enviados on-line para todos os endereços electrónicos disponíveis dos utentes do servidor da Faculdade, com um texto introdutório sobre os objectivos da investigação e instruções de preenchimento. Estiveram disponíveis para resposta cerca de um mês (Março de 2007).

As respostas aos questionários foram introduzidas no programa SPSS e analisadas através de estatística paramétrica sempre que possível. Os fumadores foram classificados em quatro grupos (fumadores que nunca deixaram de fumar, fumadores que deixaram de fumar, fumadores ocasionais que nunca foram regulares e fumadores ocasionais que já foram regulares. Os não fumadores foram analisados em duas categorias nunca fumadores e ex-fumadores. As questões abertas (e.g. tipo de doença existente, motivos que conduziram à cessação, motivos que provocaram a reincidência do fumo) foram submetidas a uma análise de conteúdo, seguindo a metodologia de Bardin (1977).

## RESULTADOS

### Caracterização por tipologia

Nesta rubrica começaremos por caracterizar a situação profissional dos sujeitos (alunos, funcionários e docentes) quanto ao acto de fumar (Tabela 4),

TABELA 4  
Distribuição do tipo de fumador por situação profissional

Tipo de fumador	Valor	Docente	Funcionário	Aluno	Total
Ex-fumador	N %	9 22,5%	3 13,6%	14 6,2%	26 9,0%
Fumador que já deixou de fumar	N %	5 12,5%	2 9,1%	21 9,3%	28 9,7%
Fumador ocasional que já foi regular	N %	2 5,0%	2 9,1%	8 3,5%	12 4,2%
Fumador ocasional que nunca foi regular	N %	3 7,5%	2 9,1%	9 4,0%	14 4,8%
Fumador que nunca deixou de fumar	N %	2 5,0%	2 9,1%	27 11,9%	31 10,7%
Nunca fumador	N %	19 47,5%	11 50,0%	148 65,2%	178 61,6%
Total	N %	40 100,0%	22 100,0%	227 100,0%	289 100,0%

verificando que predominam sempre os participantes que nunca fumaram.

No global, a prevalência de tabagismo na nossa instituição é de 29,4%, considerando todos os tipos de fumador e todas as categorias profissionais. Verificámos que 61,6% da amostra se enquadra na categoria "nunca fumador", 29,4% são fumadores de todos os tipos e 9% são ex-fumadores. Tendo em conta todas as situações profissionais actualmente na Faculdade são 70,6% os não fumadores (agregando os nunca fumadores e ex-fumadores) sendo, percentualmente nesta amostra, os alunos os que menos fumam.

A prevalência mais elevada de fumador por situação profissional é apresentada pelos funcionários 36,3%, seguida dos docentes 30% e por último dos alunos de 28,6%. Contudo, na comparação da situação profissional nos docentes há cerca de 23% de ex-fumadores, por oposição a 14% nos funcionários e a 6% nos alunos. Nos funcionários há cerca de 9% de fumadores que já deixaram de fumar, 9% de fumadores ocasionais (que já foram ou não fumadores regulares) e 9% de fumadores que nunca deixaram de fumar. Já nos alunos, destacam-se aproximadamente 12%

que nunca deixaram de fumar e 9% que já o tentaram fazer.

Quanto ao género, a prevalência entre os homens é de 44,4% e nas mulheres de 27,3%. No sexo feminino (cf. Tabela 5), predomina de forma mais notória o grupo de participantes que nunca fumou (65,1% vs 36,1% no género masculino). No sexo masculino destacam-se 19,4% de ex-fumadores (em comparação com 7,5% no género feminino).

Verificamos (cf. Tabela 6) que as médias mais elevadas em relação à idade são apresentadas pelos participantes ex-fumadores (cerca de 34 anos) e fumadores que já deixaram de fumar (cerca de 30 anos), logo seguidos dos fumadores ocasionais (entre 27 e 28 anos). Os fumadores que nunca deixaram de fumar e os participantes que nunca fumaram são os que apresentam idades mais jovens (aproximadamente entre 24 e 25 anos).

Por fim, quanto à idade verificámos que a média geral incluindo todos os grupos de fumadores é 27,58 de idade.

Depois da caracterização total da amostra optámos ainda por apresentar um outro tratamento de dados, em função do género, permitindo comparar mais

TABELA 5  
Distribuição do tipo de fumador por género

Tipo de fumador	Valor	Masculino	Feminino	Total
Ex-fumador	N %	7 19,4%	19 7,5%	26 9,0%
Fumador que já deixou de fumar	N %	8 22,2%	20 7,9%	28 9,7%
Fumador ocasional que já foi regular	N %	1 2,8%	11 4,4%	12 4,2%
Fumador ocasional que nunca foi regular	N %	1 2,8%	13 5,2%	14 4,9%
Fumador que nunca deixou de fumar	N %	6 16,7%	25 9,9%	31 10,8%
Nunca fumador	N %	13 36,1%	164 65,1%	177 61,5%
Total	N %	36 100,0%	252 100,0%	288 100,0%

TABELA 6  
Média de idades por tipo de fumador

Tipo de fumador	N	Média	Desvio-padrão
Ex-fumador	24	34,29	12,919
Fumador que já deixou de fumar	28	30,18	10,615
Fumador ocasional que já foi regular	12	27,17	8,211
Fumador ocasional que nunca foi regular	14	28,07	11,958
Fumador que nunca deixou de fumar	31	24,90	7,087
Nunca fumador	178	24,26	8,765
Total	287	26,06	9,784

TABELA 7  
Média de idades por tipo de fumador nos alunos masculinos e femininos

Tipo de fumador	Percentagem masculino	Média de idade masculino	Percentagem feminino	Média de idade feminino
Ex-fumador	21,7%	24,88	4,4%	24,88
Fumador	43,4%	27,20	26,9%	23,13
Nunca fumador	34,78	23,0	68,62%	20,69

TABELA 8  
Média de idades por tipo de fumador nos docentes masculinos e femininos

Tipo de fumador	Percentagem masculino	Média de idade masculino	Percentagem feminino	Média de idade feminino
Ex-fumador	20%	33,5	23,3%	48,71
Fumador	40%	43,75	26,6%	42,88
Nunca fumador	40%	38,0	50%	40,80

facilmente os presentes resultados com a literatura existente sobre a prevalência do tabagismo em alunos e professores.

Na Tabela 7 apresentamos os dados relativos à média de idades e percentagem de fumadores nos estudantes do sexo masculino e feminino. Observámos que a prevalência de fumadores no sexo masculino é muito elevada 43,4%, ultrapassando mesmo a categoria de nunca fumador. Nas alunas a prevalência de fumadores é bastante mais baixa 26,9% atingindo o grupo de nunca fumadoras o valor de 68,2%.

Na Tabela 8 apresentamos os dados das médias de idade e percentagem de fumadores nos docentes do sexo masculino e feminino. Constatámos que o sexo masculino é superior ao feminino na prevalência de fumadores. Quanto à idade é no grupo dos docentes femininos que a idade é mais elevada para os ex-fumadores ( $M=49$ ) seguida de fumadores ( $M=43$  anos) e por último não fumadores ( $M=41$ ). Nos docentes masculinos o grupo com mais idade está representado nos fumadores ( $M=43$ ), seguindo-se o não fumador e por último o ex-fumador.

#### Caracterização do fumador

Considerando todos os fumadores verificámos que estes fumam em média há 9,64 anos ( $DP=8,2$ ) e uma média de 11,92 ( $DP=7,2$ ) cigarros/dia, tendo uma carga de unidade maço ano de 5,7. Se excluirmos os fumadores ocasionais, a UMA sobe para 6,9 com um desvio padrão de 9,4.

#### Comparação de tipo de fumadores

Ao compararmos dois sub-grupos de fumadores (os que nunca deixaram de fumar e aqueles que já conseguiram algum período de abstinência) não encontramos diferenças significativas [ $t(57)=0,335$ ,

$p=0,739$ ] quanto à unidade maço ano (UMA). No entanto, parece haver uma tendência para a UMA ser mais elevada nos fumadores que já tentaram deixar de fumar (7,3) comparativamente aos sempre fumadores (6,5). Assim, aqueles que nunca deixaram de fumar, fumam há menos anos ( $M=7,68$ ) mas mais cigarros ( $M=13,35$ ) enquanto que os fumadores que já deixaram de fumar algum tempo, fumam em média há 11,82 anos e 10,32 cigarros por dia.

#### Comparação ex-fumador versus fumadores

Se considerarmos os ex-fumadores ( $N=26$ ) e os actuais fumadores que já estiveram abstinentes em algum período das suas vidas ( $N=28$ ), verificamos que entre os que já alguma vez tentaram deixar de fumar ( $N=54$ ) apenas 48,1% o conseguiram.

Comparando os ex-fumadores com o grupo de fumadores que já deixou alguma vez de fumar quanto ao número de tentativas e tempo de abstinência, encontramos diferenças significativas relativamente ao tempo de abstinência [ $t(38)=2,134$ ,  $p<0,05$ ], tendo os ex-fumadores uma média de abstinência de 50,2 meses<sup>2</sup> e os fumadores actuais 22,2 meses. No que concerne ao número de vezes que deixaram de fumar, as diferenças não são significativas [ $t(32)=1,408$ ,  $p=0,169$ ], tendo os ex-fumadores, em média, tentado duas vezes e meia e os actuais fumadores duas vezes. Entre os ex-fumadores encontramos apenas dezasseis fumadores que deixaram de fumar há mais de dois anos. Os restantes dez coincidem com o período em que a Faculdade se tornou livre de fumo tendo sido o valor mínimo de abstinência

<sup>2</sup> O tempo de abstinência foi convertido em meses, dado ter sido uma questão aberta em que os sujeitos usaram várias unidades de tempo. Não foram incluídos tempos de abstinência inferiores a quatro meses.

de quatro meses e o valor máximo de onze anos (132 meses).

#### Análise qualitativa às questões abertas

A metodologia de Bardin (1977) pareceu-nos a mais adequada, dado o tamanho reduzido da amostra em relação às questões abertas respondidas, não justificando a inserção dos dados num programa informático (Nvivo). Apresentaremos essa análise seguidamente por categoria.

#### a) Análise qualitativa aos ex-fumadores (N=26)

Neste grupo 23 ex-fumadores responderam às seguintes questões: “Sente-se melhor por ter deixado de fumar: sim ou não? Se sim, quais as razões para se sentir melhor? Se não, quais as razões para não se sentir melhor?”

Foram produzidas 57 verbalizações pelos 23 respondentes, apontando motivos positivos para terem deixado de fumar.

Dois participantes consideraram sentir-se melhor mas não especificaram o motivo e um participante não respondeu, em suma, três participantes ou seja, apenas 11,5% dos ex-fumadores não apontaram as razões para se sentirem melhor

As verbalizações depois de analisadas foram subdivididas nas seguintes categorias:

**Melhoria geral no estado físico** – Inclui todas as verbalizações que demonstram alguma melhoria de sintomas físicos e/ou menor preocupação com a saúde. Os respondentes foram 21 com 41 verbalizações. Esta categoria contribuiu assim para 71,9% dos motivos apontados pelos ex-fumadores para se sentirem melhor em 91,3% dos ex-fumadores respondentes.

**Liberdade/auto-controlo** – Engloba todas as verbalizações nas quais foi expressa a importância de largar uma dependência e a sensação de auto-controlo e domínio adquiridas. Foram onze os respondentes com treze verbalizações. A Liberdade/auto-controlo expressou-se em 22,8% dos motivos enfatizados em 47,8% dos ex-fumadores.

**Motivos económicos** – Inclui as verbalizações efectuadas quanto à preocupação do custo monetário do tabaco. Foram dois os respondentes com duas verbalizações. Esta categoria representou apenas 3,5% dos motivos positivos apontados em 8,6% dos respondentes.

Contudo, não podemos deixar de referir que sete respondentes assinalaram conjuntamente as duas

primeiras categorias e dois concomitantemente as três categorias.

#### b) Análise qualitativa aos fumadores (N=25) sobre “sintomas incómodos durante a abstinência ao fumo”

Quanto aos sintomas incómodos sentidos enquanto abstinentes, verificámos que entre os 25 fumadores, nove não referiram ter tido qualquer sintoma durante o período de abstinência, significando que 36% desta amostra não teve síndrome de abstinência.

Os dezasseis elementos restantes produziram 31 verbalizações e incluem-se nas seguintes categorias:

**Perturbações do humor** – Esta categoria engloba a ansiedade, a irritabilidade e a depressão. Houve treze respondentes com 21 verbalizações. As perturbações de humor totalizam 67,7% dos sintomas incómodos sentidos no período de abstinência em fumadores, em 81,2% dos respondentes que acusaram sintomas.

**Sintomas físicos ou psicossomáticos** – Esta categoria exprime sintomas físicos e/ou somatização. Foram seis respondentes, com dez verbalizações. Já os sintomas físicos ou psicossomáticos contribuíram em 32,2% para os sintomas incómodos, correspondendo a 37,5% dos respondentes.

Salientamos que três respondentes expressaram sintomas nas duas categorias evidenciando uma síndrome mais intensa.

#### c) Análise qualitativa aos fumadores (N=25) sobre “motivos para que tenham deixado de fumar por algum período”

Foram produzidas 25 verbalizações (motivos que fizeram deixar de fumar) num universo de 25 fumadores. Foram classificados em três categorias:

**Informação dos malefícios do tabaco** – Nesta categoria foram incluídas todas as verbalizações que expressam a opinião científica mundial sobre os malefícios do consumo de tabaco, podendo ser directa ou indirecta (e.g. pressão familiar ou social). Houve quinze respondentes nesta categoria com quinze verbalizações.

**Doença** – A categoria “doença” abarca todas as verbalizações que expressam que a doença relacionada com o consumo de tabaco (e.g. doença cardiovascular, doença pulmonar, esclerose múltipla) ou outras situações sem relação (e.g. constipação) foram o principal motivo para deixar de fumar. Sete res-

pondentes enfatizaram o motivo “doença” para deixar de fumar, tendo sido produzidas sete verbalizações.

**Factores económicos** – Nesta categoria incluímos todas as preocupações com custo monetário associado ao consumo de tabaco. Foram três os respondentes e três verbalizações incluídas nesta categoria.

A categoria predominante foi “informação dos malefícios do tabaco” – quinze verbalizações correspondentes a 60% dos respondentes. Seguidamente a categoria “doença” – sete verbalizações correspondentes a 28% dos respondentes. Por último os factores económicos – três verbalizações correspondentes a 12% dos respondentes.

#### **d) Análise qualitativa aos fumadores (N=25) sobre “os motivos da recaída depois de período de abstinência”**

Foram produzidas 26 verbalizações pelos 25 respondentes, justificando os motivos de recaída que foram incluídos nas seguintes categorias:

**Para combater ansiedade e ou outros sintomas** – Nesta categoria foram agrupadas as verbalizações que expressaram sintomas incómodos que não se extinguiram com o tempo. A principal queixa tem a ver com ansiedade, não se sentirem os mesmos sem fumar e alguns sintomas físicos emergentes com a cessação.

Esta categoria foi a mais predominante com treze respondentes e catorze verbalizações, o que significa 52% da amostra, e tendo nesta categoria as verbalizações totalizado 56%.

**Prazer** – Inclui todas as verbalizações que expressaram explicitamente a presença de prazer associada ao acto de fumar. Responderam seis pessoas com seis verbalizações. A percentagem de respondentes 24% coincidiu com as verbalizações produzidas.

**Pressão social** – Nesta categoria agrupámos as verbalizações sobre a influência de pares ou de ambiente que compeliram a fumar novamente, sem manifesta vontade própria. Responderam seis pessoas e produziram seis verbalizações. Nesta categoria também a percentagem de respondentes 24% coincidiu com as verbalizações.

#### **e) Doença diagnosticada**

Na amostra total, 24 pessoas declararam ser portadoras de doença diagnosticada. Se analisarmos por tipologia de fumador verificamos que o maior número de doenças se encontra nos nunca fumadores (N=16), seguido dos fumadores (N=4) e ex-fumadores (N=3) e um valor omissivo sobre o tipo de doença.

Entre os ex-fumadores foram relatadas as seguintes doenças: bronquite asmática, esclerose múltipla e hipotireoidismo. No grupo dos fumadores foram referidas por 44 participantes as seguintes doenças: artrite reumatóide com glaucoma associado, púrpura, esofagite de refluxo, má circulação sanguínea. No grupo dos nunca fumadores houve algumas pessoas que relataram mais que uma doença; a nomeação das mesmas incluiu cinco casos de asma, dois de bronquite asmática, um de esclerose múltipla, um de escoliose, um de esofagite de refluxo, um de gastrite, um de glaucoma, um de hipertireoidismo, um de miopia, um de rinite alérgica, dois de sinusite, um de talassemia e um de tiroidite.

## DISCUSSÃO

### *Caracterização por tipologia e dados sócio-demográficos*

A prevalência de fumadores (incluindo todo o tipo de fumadores), independentemente do sexo e da categoria profissional, encontrada na nossa instituição foi de 29,4%. Esta prevalência mostrou-se elevada comparativamente com o estudo de Santiago e colaboradores (2003 cit. in Fraga *et al.*, 2005) numa amostra não representativa de 1013 voluntários, cuja prevalência encontrada foi de 18,2%, analisando os dois géneros conjuntamente. A divisão por várias categorias de fumador permitiu-nos também observar que existe uma categoria emergente de fumadores ocasionais, que já foram regulares no passado. A percentagem observada de fumadores ocasionais no universo dos fumadores foi de 14,11%, podendo indiciar uma implementação pessoal de redução de danos, considerando-se esta mudança de estatuto positiva à semelhança do que afirma Fagerström (2007, p. 24): “...it could also be positive to transfer daily smokers into occasional smokers...”.

Ainda as sub-categorizações nos vários tipos de fumadores permitiu-nos comparar os fumadores com os ex-fumadores e observar dentre os que já tentaram deixar de fumar os que efectivamente conseguiram ao fim de um tempo prolongado.

A maioria dos estudos analisa as prevalências em função do género e muitos em função da categoria profissional, sobretudo no que se refere a alunos, professores e profissionais de saúde que têm sido mais avaliados. Na amostra do presente estudo, quanto

ao género, a prevalência de fumadores (considerando todas as situações profissionais e categoria de fumadores) é de 44,4% para os homens e de 27,3% para as mulheres. De acordo com o estudo de Magalhães (1993 cit. in Fraga *et al.*, 2005) implementado com uma amostra portuguesa de 2078 sujeitos, a prevalência encontrada foi de 42% para homens e 14% para mulheres. Já noutro estudo realizado pela ONSA (1999 cit. in Fraga *et al.*, 2005) as prevalências são muito inferiores considerando uma amostra de 40000 sujeitos, apresentando os homens 29,3% de prevalência e as mulheres de 7,9%. Verificámos que na nossa amostra, em relação ao primeiro estudo, a percentagem de fumadores masculinos aproxima-se mas quanto às mulheres essa percentagem é quase o dobro. Contudo, há uma referência na literatura (Fraga *et al.*, 2005) que pode adiantar uma hipótese explicativa e que sustenta que as mulheres mais escolarizadas fumam mais se forem mais velhas atendendo ao período histórico de mudanças e de afirmação dos valores feministas que viveram na sua juventude. Assim, não podemos ignorar que este estudo foi realizado numa instituição de Ensino Superior. Corroborando este dado, verificámos que as docentes fumadores têm uma média de idades aproximada de 43 anos. Um estudo sobre a prevalência de fumo em professores realizado por Brandão (2002 cit. in Fraga *et al.*, 2005) detectou taxas superiores em professores, sendo de 30,3% para o sexo masculino e 24,3% para o sexo feminino, num intervalo de idades de 22-66 anos. Ainda assim, na nossa amostra a percentagem com uma média de idades de 42,25 anos nos dois géneros ainda é superior com maior diferença para o sexo masculino.

Verificámos também que as docentes ex-fumadoras têm ainda uma idade superior a 45 anos (49 anos aproximadamente) o que vai ao encontro do estudo de Hyland e colaboradores (2003), apesar dos ex-fumadores masculinos serem muito mais novos e não se poder fazer a mesma leitura.

Quanto aos alunos observámos no nosso estudo uma prevalência de fumadores masculinos de 43,4% e 26,9% de femininos. Um grande estudo realizado por Monteiro e colaboradores (2004 cit. in Fraga *et al.*, 2005) numa amostra de 4314 estudantes universitários no grande Porto, com idades compreendidas entre os 17-38 anos de idade, constatou uma prevalência bastante inferior no sexo masculino que foi de 30,3% e de 24,6% no feminino. Não podemos deixar de referir uma limitação do nosso estudo, que

pelo facto, de ter sido realizado numa instituição predominantemente feminina, a amostra masculina é muito pequena. Assim, os resultados para o sexo feminino parecem ser mais consistentes e de acordo com a literatura.

Por fim, quanto à idade, verificámos que a média geral incluindo todos os grupos de fumadores é de 27,58 anos. Contudo, é interessante observarmos que os ex-fumadores têm mais idade, seguidos dos fumadores que já tentaram deixar de fumar, dos fumadores ocasionais e por último dos fumadores que nunca deixaram de fumar. Estes dados sugerem, em primeiro lugar, o efeito dos anos de fumador, em consequência do qual podem começar a aparecer alguns efeitos nocivos que impelem os mais velhos a deixar de fumar, ou pelo menos tentar ou optarem por outras estratégias que podem ser consideradas de redução de danos (como passar de fumador regular a ocasional).

### *Caracterização do fumador*

Considerando todos os tipos de fumador, o valor da unidade maço ano é relativamente baixo (UMA=5,7), contudo, ao excluirmos os fumadores ocasionais verificámos que o fumador médio da nossa instituição é jovem e tem um valor UMA de 6,9. A unidade carga maço ano é baixa e inferior a dez, valor a partir do qual há maior probabilidade de se despoletarem os problemas relacionadas com o tabagismo de acordo com Fernandes (2008). Este dado está em consonância com a idade média do fumador e, portanto, com a consequente exposição ao tabaco inferior em anos, diminuindo o valor da UMA. Este dado sugere a pertinência da implementação de uma intervenção imediata dirigida a esta população com vista à abstenção, dado que será possível para uma grande maioria de fumadores diminuir substancialmente os riscos pós-cessação.

### *Comparação de tipo de fumadores*

Embora as diferenças relativamente à UMA não tenham sido significativas entre os grupos de fumadores (aqueles que já deixaram de fumar e os que nunca tentaram) observámos uma ligeira tendência para a UMA ser superior naqueles que já tentaram, vindo ao encontro de dados anteriores que sugerem que, com o passar dos anos, o fumador vai tendo consciência dos malefícios do tabagismo, tornando-se mais motivado para deixar de fumar.

Apesar dos resultados não serem significativos quanto ao número de anos de fumador e quantidade de cigarros fumados, gostaríamos de reforçar a tendência encontrada para futura investigação e que diz respeito ao facto dos fumadores fumarem há menos anos e mais cigarros e dos fumadores que já tentaram deixar, fumarem há mais anos mas uma média inferior de cigarros, podendo indiciar algum esforço pessoal de redução de danos aliado à consciencialização dos malefícios do tabagismo.

#### *Comparação ex-fumador versus fumadores*

Se considerarmos apenas os ex-fumadores (N=26) e os actuais fumadores que já estiveram abstinentes em algum período das suas vidas (N=54) verificámos que, entre os que já alguma vez tentaram deixar de fumar, apenas 48,1% o conseguiram ao fim de um período temporal médio superior a 50 meses, que pode já ser considerado um seguimento muito longo. Este dado demonstra que a percentagem é muito mais elevada que a referenciada noutros estudos no estrangeiro (e.g. Benowitz, 2008), apesar de não as podermos comparar linearmente, pois, por um lado, não integraram nenhum ensaio clínico concomitantemente e, por outro, desconhecemos nesta amostra se os ex-fumadores foram sujeitos a algum tipo de intervenção. Contudo, levantamos a hipótese de que os fumadores em Portugal possam estar ainda numa das etapas iniciais da epidemia onde é possível intervir para deixar de fumar com uma taxa de sucesso superior à observada actualmente em países onde o fumo foi banido socialmente há mais tempo.

No entanto, não podemos também esquecer que um ex-fumador nunca se torna num não fumador havendo sempre a possibilidade de recair, como verificámos na nossa amostra em que muitos fumadores actuais estiveram abstinentes por um período médio de quase dois anos levando a supor que, passado esse tempo, se manteriam abstinentes, o que não aconteceu. Mas como a literatura sustenta, com o passar do tempo vai-se sedimentando a probabilidade de não recaírem. Os nossos dados relativos às diferenças significativas encontradas entre o tempo de abstinência nos dois grupos reforçam essa ideia. O outro dado comparativo entre grupos sobre o número de vezes em que já tentaram deixar de fumar não foi significativo, contudo, a literatura não é consensual, quanto ao facto de quanto maior o número de tentativas maior a probabilidade de sucesso na cessação (John *et al.*, 2004). No entanto,

e apesar dos nossos dados não revelarem uma relação estreita entre número de tentativas e a cessação, uma análise ao grupo de não fumadores sugere a existência de mais do que uma tentativa para deixar de fumar antes de se considerar ex-fumador. Tal indica que, normalmente, os fumadores não alcançam sucesso na primeira tentativa, ainda que a probabilidade de sucesso também não seja directamente proporcional ao número de tentativas.

Entre os ex-fumadores encontrámos apenas dezasseis fumadores que deixaram de fumar há mais de dois anos. Os restantes dez coincidem com o período em que a Faculdade se tornou livre de fumo o que poderia suscitar alguma eventual relação com a política adoptada pela instituição. Contudo, nenhum dos inquiridos explicitou essa relação directa, como veremos na análise de conteúdo.

#### **a) Análise qualitativa aos ex-fumadores**

Observámos que 88,5% dos ex-fumadores afirmaram sentirem-se melhor pelo facto de terem deixado de fumar e nenhum referiu sentir-se pior. Este dado é muito importante e merece ser divulgado. Não se trata dos benefícios reais expressos na literatura, como por exemplo Nunes (2006) enfatiza (e.g. diminuir a probabilidade de risco em xis doenças), trata-se sim das vivências de ex-fumadores que “sentiram na pele os benefícios” da cessação.

Assim, entre os respondentes verificámos que 91,3% enfatizaram uma melhoria geral no estado de saúde, valor este semelhante ao encontrado no estudo de Hyland e colaboradores (2004) relativamente a este mesmo motivo (92%). Muitas das verbalizações (e.g. respirar melhor, sentir melhor o cheiro da comida, o prazer de se sentir mais saudável e ter menos medo de contrair doenças) são coincidentes com o sustenta Fernandes (2008).

Quanto à outra categoria dominante “liberdade/auto-controlo”, esta foi expressa por quase 50% dos respondentes. Fernandes (2008) também sustenta que largar uma dependência é fonte de contentamento para os ex-fumadores. No nosso estudo as verbalizações expressaram-se ainda mais além através de expressões como “se sentirem livres de uma dependência e repercutindo-se em sensação de auto-controlo e auto-estima”. A interpretação destes resultados leva-nos a admitir que a pessoa se vê livre de uma “doença crónica”, aliás como é classificada actualmente no DSM-IV (APA, 2000/2002).

O estudo de Hyland e colaboradores (2004) não enfatizou este motivo. No estudo destes autores seguiram-se os motivos económicos numa per-

centagem de 59%, contrapondo na nossa amostra a uma valorização de apenas 8,6% dos respondentes. A liberdade/auto-controlo é também referida por Fernandes (2008) como uma das razões positivas identificadas por ter deixado de fumar.

No seguimento destes dados levantámos a hipótese de quantos mais motivos cumulativos existentes mais reforçada sairá a abstinência. Queremos com isto dizer que houve vários respondentes que assinaram duas ou três categorias, sendo provavelmente um bom sinal para a abstenção ser mantida. Contrariamente ao que poderíamos supor, o facto da instituição se ter tornado livre de fumo dois anos antes não foi motivo apontado por nenhum dos respondentes que deixou de fumar nesse período temporal. Certamente, não sendo uma motivação, ajudou a implementar a abstinência através do descondicionamento, como referimos na introdução.

Finalizando esta análise não podemos deixar de referir que dois sujeitos apesar de afirmarem que se sentiam melhor não especificaram os motivos. Estes mesmos sujeitos apresentavam doença concomitante, levando-nos a colocar a hipótese de que os benefícios reconhecidos estejam estritamente associados à doença.

#### **b) Análise qualitativa aos fumadores sobre os sintomas incómodos sentidos durante a abstinência ao fumo**

Esta análise permitiu, em primeiro lugar, verificar na amostra de fumadores que já tentaram deixar de fumar qual a percentagem que teve algum tipo de síndrome de abstinência. Curiosamente, verificámos que 36% da amostra não referiu qualquer sintoma incómodo durante a abstenção, mas mesmo assim voltou a fumar.

Entre os que relataram sintomas incómodos 81,2% referiram perturbações de humor. Este dado é congruente com a vasta literatura (e.g. APA, 2000/2002; Hyland *et al.*, 2004; John *et al.*, 2003), sobretudo, no que se reporta à associação entre doença mental (Kahler, Brown, Stong, Lloyd-Richardson, & Niaura, 2003; McNeill, 2001).

Um dado interessante foi a referência a sintomas psicossomáticos já explorado anteriormente do ponto de vista teórico por Guerra (2004). Este dado foi referido por 37,5% dos respondentes, maioritariamente do género feminino (Wetter *et al.*, 1999). Entre algumas verbalizações foram referidas a insónia, ganho de peso, obstipação, disfunções alimentares e mal-estar corporal. Este facto tem sido negli-

genciado pela literatura e poderá reforçar também a recaída. Afinal, para alguns, os efeitos positivos da cessação não se fazem sentir, surgindo exactamente o oposto, através de um “mal-estar” que não estava presente antes. Uma das questões para investigação futura será averiguar se esses sintomas se perpetuam (Guerra, 2004) e em que tipo característico de fumador, ou se têm um curso passageiro como sustenta a literatura clássica, durando em média quatro semanas (e.g. Henningfield, 1995). Pelos períodos observados de abstinência nesta amostra (média de 22 meses) levanta-se a hipótese da síndrome de abstinência poder ser muito mais duradoura.

#### **c) Análise qualitativa aos fumadores sobre os motivos para que tenham deixado de fumar durante algum tempo**

Os fumadores que já tentaram deixar de fumar tiveram, todavia, as suas motivações para tentarem a abstenção. Entre as categorias agrupadas depois da análise de conteúdo, a mais predominante foi a “informação sobre os malefícios do tabaco”, correspondendo a 60% dos respondentes. No momento actual da informação sobre a epidemia não se pode alegar desconhecimento dos efeitos deletérios do tabaco, sendo inclusive assinalado nos maços de cigarros à venda. Como sabemos, o conhecimento não provoca mudanças comportamentais mas é condição necessária para que se possa accionar a mudança. A informação referida pelos respondentes foi proveniente de várias fontes incluindo a pressão familiar ou social. A crença irracional de que apesar do comportamento ser nocivo a pessoa não se sente vulnerável, como é enfatizado nos modelos cognitivos que analisam os factores predictores de comportamentos de saúde (Rogers, 1985 cit. in Ogden, 1999; Rosentock, 1966), parece ser uma das melhores explicações para os fumadores que nunca tentaram deixar de fumar. Por outro lado, outras componentes dos modelos tais como, a percepção custos/benefícios e barreiras para acção parecem ser as melhores explicações para os fumadores reincidentes.

Não obstante, é interessante realçar que 28% (sete participantes) da amostra tentou deixar de fumar em função de estar doente, entre estes três respondentes apresentando já doenças relacionadas com o consumo (doença cardiovascular e doença pulmonar) e o terceiro (esclerose múltipla) – doença onde recentemente se tem vindo a provar uma maior incidência nos fumadores, bem como o agravamento da situação clínica nos casos diagnosticados (Hernán,

Juck, Logroscino, Olek, Ascherio, & Jick, 2005). Os restantes quatro respondentes aproveitaram o facto de ter uma doença aparentemente não relacionada (e.g. constipação ou indisposição gástrica) para tentarem deixar de fumar.

Os motivos económicos foram também o motivo para 12% nesta amostra. Denota-se uma motivação mais extrínseca sobretudo no que se refere à informação, e verificámos que não houve nenhum motivo semelhante ao apontado pelos ex-fumadores para se manterem abstinente, como por exemplo, desejarem-se ver livres de uma dependência que parece revelar uma motivação mais intrínseca.

#### d) Análise qualitativa aos fumadores sobre os motivos da recaída depois de um período de abstinência

Em primeiro lugar, verificámos que mais de metade dos fumadores reincidentes (52%) salientou que voltou a fumar para combater ansiedade e/ou outros sintomas (nomeadamente, insónia, mal-estar, excesso de peso). Salientámos uma verbalização muito interessante que talvez expresse o que significava fumar para essa pessoa “para voltar a ser quem era... sentir os pés no chão”. Esta constatação vem ao encontro do que Rosecrans e outros autores (1998 cit. in Guerra, 2004) têm vindo a enfatizar: que muitos fumadores usam o tabaco numa tentativa de auto-medicação para se sentirem melhores. Os motivos mais prementes estão relacionados com a ansiedade e depressão e daqui poderá resultar a associação verificada na literatura (Kahler *et al.*, 2003; McNeill, 2001) entre fumadores recalcitrantes e a doença mental (e.g. depressão, esquizofrenia).

Quanto aos restantes respondentes dividiram-se entre as outras duas categorias igualmente (24%). A categoria prazer só incluiu as verbalizações que denominaram explicitamente “prazer”. No entanto, uma análise aprofundada sobre a funcionalidade desta categoria ao nível da recaída revelou-nos que, mais do que a procura de prazer associado ao consumo, prevalecia um desprazer associado ao acto de não fumar, corroborado pelas frequentes descrições de mal-estar psicológico durante a abstinência. Tal leva-nos a colocar a hipótese de que 76% dos fumadores que recaíram apresentavam um grau de dependência fisiológica elevada, uma vez que as alterações supra-citadas estão relacionadas com os efeitos biológicos e neurológicos da abstinência nicotínica (Benowitz, 2008).

Os restantes respondentes (cerca de 24%) que se enquadraram na categoria pressão social referiram explicitamente que voltaram a fumar por “pressão social” e, por exemplo, “porque me identifico como fumador” e “por os meus amigos fumarem”, não revelando qualquer necessidade fisiológica.

As categorias encontradas são concordantes com os factores de risco definidos por Marlatt e Gordon (1993) para a recaída em dependência de substâncias.

#### e) Doença diagnosticada

O facto da percentagem mais elevada de doenças se encontrar no grupo dos nunca fumadores é aceitável pelo facto deste grupo ter maior representatividade na amostra (61,6% da amostra total).

No geral, o presente estudo não nos permitiu tirar conclusões no que concerne à presença ou não de tabagismo e doenças associadas.

### CONCLUSÃO

Na amostra deste estudo verificámos que as prevalências de tabagismo quer global, quer por sexo, quer por situação profissional (docente, aluno) são bastante mais elevadas do que as referenciadas noutros estudos portugueses recentes. Contudo, observámos concordantemente com a literatura uma maior prevalência de fumadores no sexo masculino. Não podemos, no entanto, deixar de admitir como limitação desta investigação o facto da amostra recolhida não ter sido, por um lado, aleatória e, por outro, não ser representativa dos universos populacionais da instituição. Certamente que a motivação dos respondentes sobre a temática foi um factor que contribuiu para o viés. Paralelamente, sendo uma população predominantemente feminina, inviabilizou o estabelecimento de outras conclusões mais precisas no que concerne à diferença de géneros.

Foi interessante observar que entre os fumadores, 28% já foram ex-fumadores ao longo da vida (muitos, mais que uma vez) e que na categoria ocasional (46,1%) já foram fumadores regulares. Estes dados parecem indicar uma preocupação nos fumadores em se tornarem abstinente ou pelo menos instituírem um controlo quanto ao consumo que poder ser analisado numa perspectiva da política de redução de danos. Um outro dado encontrado é que os ex-fumadores têm uma média de idade superior aos fumadores ocasionais, seguida de fumadores e não fumadores, que é consonante com a literatura.

Segundo a nossa opinião tal poderá significar que os fumadores, à medida que vão envelhecendo, interiorizam a noção dos malefícios do tabagismo tentando implementar melhores estratégias, conseguindo uns a cessação, outros tentando-a sucessivamente e outros implementando redução de danos, tornando-se fumadores esporádicos. Recentemente, Falba e colaboradores (2004) no seu estudo observaram que a redução de cigarros foi predictora da cessação considerando uma amostra com uma média de idade de 54 anos. A idade associada poderá ser também um predictor da cessação.

O facto dos fumadores da instituição avaliada terem revelado um valor médio de UMA inferior a dez (sendo considerado um valor de referência a partir do qual aumenta a probabilidade de se contraírem as doenças relacionadas) e, portanto, não ser ainda muito elevada, reforça a importância de uma intervenção na dependência tabágica imediata dirigida a esta população podendo, a partir desta, os fumadores colherem maiores benefícios com a abstinência e redução de danos.

Ainda, sabemos da literatura e da prática que um ex-fumador pode em qualquer momento voltar a ser fumador. À medida que o tempo passa previsivelmente o estatuto mantém-se. Contudo, há casos em que reiniciam passados vários anos. Na nossa amostra encontramos diferenças significativas quanto ao período de abstinência em fumadores reincidentes e ex-fumadores tendo os últimos, um período temporal muito superior.

Quanto ao mínimo de tempo sugerido de seguimento da abstinência, tendo em conta os estudos publicados e a amostra deste estudo, parece-nos razoável estabelecer os dois anos.

Conseguir encontrar os motivos que impelem as pessoas a fumar depois de terem atravessado a difícil síndrome da abstinência revelou-se importante. Neste estudo verificámos que debelar sintomas incómodos foi o principal motivo da recaída onde a expressão de sintomas psicossomáticos duradouros associada à não percepção de vantagens contribuiu para a interrupção da abstinência. Todavia, as categorias prazer e pressão social também foram referidas. A categorização encontrada está em sintonia com as explanações de Marlatt e Gordon (1993) para os motivos da recaída nas dependências. Perspectivamos estudos futuros onde consideramos pertinente a clarificação do factor “prazer”, dado que este pode ser interpretado como anedonia ou como a procura de um prazer adicional. Esta última dimensão poderá

estar mais associada aos fumadores ditos ocasionais que pretendem libertar-se da dependência mas não desejam abdicar do prazer que o fumo lhes proporciona, nem que seja em situações pontuais.

Se pretendemos estudar o fenómeno da abstinência teremos que estudar retrospectivamente uma população fumadora pois encontramos sempre uma grande percentagem de pessoas que em alguma fase do percurso já foram ex-fumadores. Nessa população será mais visível as problemáticas que impedem o sucesso da abstinência. Será também interessante comparar os ex-fumadores (já abstinente há vários anos) e fumadores reincidentes quanto à síndrome de abstinência, e verificar se os ex-fumadores não tiveram esta síndrome ou então, no caso afirmativo, se esta se manifestou mais tenuemente.

Um aspecto a enfatizar desta investigação tem a ver com os dados qualitativos emergentes em ex-fumadores quanto aos motivos que os mantêm abstinente. Verificou-se que os próprios sentiram benefícios de saúde imediatos aliados a uma sensação de liberdade e auto-controlo, manifestada por cerca de metade dos respondentes. Estes factores possivelmente tiveram repercussões na qualidade de vida geral destes participantes fazendo-os sentir-se mais saudáveis. Assim sendo, os benefícios na saúde percebidos parecem ser determinantes na motivação para a mudança sustentada.

Infelizmente esta constatação não foi sentida pelos fumadores reincidentes pois relataram vários sintomas incómodos durante o período de abstinência que se revelou em média muito longo (superior a ano e meio) e que foi apontada como motivo de recaída. Esta clivagem entre os que permanecem ex-fumadores e os que recaem pode ser parcialmente explicada pela dependência física mais elevada associada à síndrome de abstinência mais intensa, no segundo grupo, de acordo com a literatura recente dos predictores da cessação (John *et al.*, 2003; Hyland *et al.*, 2004).

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.ª ed., texto revisto, J. N. Almeida, trad.). Lisboa: Climepsi Editores, trabalho original publicado em 2000.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

- Barringer, T., & Weaver, E. (2002). Does long-term bupropion (Zyban) use prevent smoking relapse after initial success at quitting smoking? *Journal of Family Practice, 51* (2), 172.
- Benowitz, N. (2008). Neurobiology of nicotine addiction: Implications for smoking cessation treatment. *The American Journal of Medicine, 121* (4 supl. 1), S3-S10.
- Blondal, T. (1999). Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six years follow-up. *British Medical Journal, 318*, 285-289.
- Ebbert, J., Yang, P., Vachon, C., Vierkant, R., Cerhan, J., Folsom, A., & Sellers, T. (2003). Lung cancer risk reduction after smoking cessation: Observations from a prospective cohort of women. *Journal of Clinical Oncology, 21* (5), 921-926. Acedido na internet a 28/05/2008: <http://www.jcojournal.org/cgi/content/full/21/5/921>
- Eissenberg, T. (2007). Exposure reduction, harm reduction, and tobacco control. In *Proceedings 9th Annual Conference of the SRNT Europe*. 3-6 October, Spain, p. 24.
- Fagerström, K. (2007). Smoking cessation in the past and in the future. In *Proceedings 9th Annual Conference of the SRNT Europe*. 3-6 October, Spain, p. 24.
- Falba, T., Jofre-Bonet, M., Busch, S., Duchovny, N., & Sindelar, J. (2004). Reduction of quantity smoked predicts future cessation among older smokers. *Addiction, 99* (1), 93-102.
- Fernandes, M. (2008). *Porque vale a pena deixar de fumar*. Médicos de Portugal. Acedido na Internet a 28/05/2008: [http://www.medicosdeportugal.pt/action/2/cnt\\_id/1247/](http://www.medicosdeportugal.pt/action/2/cnt_id/1247/)
- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A., Mello, M., Lunet, N., Padrão, P., & Barros, H. (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina, 19* (5-6), 207-229.
- Godtfredsen, N., Prescott, E., & Osler, M. (2005). Effects of smoking reduction on lung cancer risk. *JAMA, 294* (12), 1505-1510.
- Henningfield, J. (1995). Nicotine medications for smoking cessation. *The New England Journal of Medicine, 333* (18), 1196-1203.
- Hernán, M., Juck, S., Logroschino, G., Olek, M., Ascherio, A., & Jick, H. (2005). Cigarette smoking and the progression of multiple sclerosis. *Brain, 128*, 1461-1465.
- Hughes, J., Keely, J., Niaura, R., Ossip-Klein, D., Richmond, R., & Swan, G. (2003). Measures of abstinence in clinical trials: Issues and recommendations. *Nicotine & Tobacco Research, 5*, 13-25.
- Hyland, A., Li, Q., Bauer, J., Giovino, G., Steger, C., & Cummings, K. (2004). Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Nicotine & Tobacco Research, 6* (3), S363-S369.
- Irvin, J., Hendricks, P., & Brandon, T. (2003). The increasing recalcitrance of smokers in clinical trials II: Pharmacotherapy trials. *Nicotine & Tobacco Research, 5* (1), 27-35.
- John, U., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H.-J., & Schumann, A. (2003). Nicotine dependence, quit attempts, and quitting among smokers in a regional population sample from a country with high prevalence of tobacco smoking. *Preventive Medicine, 38* (3), 350-358.
- Jorenby, D., Hays, J., Rigotti, N., Azoulay, S., Watsky, E., Williams, K., Billing, C., Gong, J., & Reeves, J. (2006). Efficacy of Varenicline, an  $\alpha$ 32 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs. placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA, 296* (1), 56-63.
- Kahler, C., Brown, R., Stong, D., Lloyd-Richardson, E., & Niaura, R. (2003). History of major depressive disorder among smokers in cessation treatment: Associations with dysfunctional attitudes and coping. *Addictive Behaviors, 28* (6), 1033-1047.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (1993). *Prevenção de recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maseeh, A., & Kwatra, G. (2005). A review of smoking cessation interventions. *Medscape General Medicine, 7* (2), 24.
- McNeill, A. (2001). *Smoking and mental health - a review of the literature*. SmokeFree London Programme. Acedido na Internet a 28/05/2008: [http://www.scan.uk.net/docstore/smoking\\_and\\_mental\\_health\\_lit\\_review.pdf](http://www.scan.uk.net/docstore/smoking_and_mental_health_lit_review.pdf)
- McNeill, A. (2004). ABC of smoking cessation. *British Medical Journal, 328*, 885-887.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Orive, J. (2007). Can smoking reduction promote smoking cessation?. In *Proceedings 9th Annual Conference of the SRNT Europe*. 3-6 October, Spain, p. 21.
- Prochazka, A. (2000). New Developments in Smoking Cessation. *Chest, 117*, 169-175.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Rodu, B., & Godshall, W. (2006). Tobacco harm reduction: An alternative cessation strategy for inveterate smokers. *Harm Reduction Journal, 3*, 37. Acedido na Internet a 28/05/2008: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/redirect3.cgi?&reftype=extlink&artid=1779270&iid=127423&jid=242&FROM=Article%7CFront%20Matter&TO=External%7CLink%7CURI&article-id=1779270&journal-id=242&rendering-type=normal&&http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>
- Royal College of Physicians (2007). *Harm reduction in nicotine addiction: Helping people who can't quit*. A Report by the tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: RCP.
- Stapleton, J. (1998). How much does relapse after one year erode effectiveness of smoking cessation treatments? Long term follow up of randomised trial of nicotine nasal spray. *British Medical Journal, 316*, 830-831.
- Warner, K., & Burns, D. (2003). Hardening and the hard-core smoker: Concepts, evidence and implications. *Nicotine & Tobacco Research, 5* (1), 37-48.
- Wetter, D., Kenford, S., Smith, S., Fiore, M., Jorenby, D., & Baker, T. (1999). Gender differences in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67* (4), 555-562.
- Yudkin, P., Hey, K., Roberts, S., Welch, S., Murphy, M., & Walton, R. (2003). Abstinence from smoking eight years after participation in randomized controlled trial of nicotine patch. *British Medical Journal, 327*, 28-29.

## RESUMO

O tabagismo tem-se revelado como um grande inimigo da saúde pública e concomitantemente como um dos comportamentos mais difíceis de mudar. Muitos fumadores adquirem uma dependência fisiológica da nicotina associada ao "hábito" o que pode provocar uma síndrome de abstinência difícil de ultrapassar. Os processos neurobiológicos da nicotina têm vindo a ser amplamente estudados e tornando-se parcialmente responsáveis pelas reduzidas taxas de cessação a longo prazo nos estudos publicados.

Considerando o passado recente da restrição ao tabagismo em Portugal (2008) e dado que a FPCE-UP foi considerada livre de fumo dois anos antes, foram propostos os seguintes objectivos para este artigo: analisar a prevalência na referida instituição; caracterizar o fumador quanto ao número de cigarros fumados e anos de fumador através da UMA; comparar fumadores que já tiveram períodos de abstinência com outros fumadores que nunca tentaram deixar de fumar quanto ao número de cigarros e anos de fumador; e comparar ex-fumadores com fumadores que já estiveram abstinentes quanto ao tempo de abstinência conseguida e número de tentativas. Partindo da análise de conteúdo de questões abertas foram ainda delineados os seguintes objectivos de natureza qualitativa: identificar as razões que mantêm os ex-fumadores abstinentes; identificar sintomas de abstinência nos fumadores que já estiveram sem fumar; identificar os motivos que levaram os fumadores a tentar deixar de fumar em algum período das suas vidas e, por último, identificar os motivos da recaída.

Os questionários foram enviados via Internet à população da instituição (alunos, docentes e funcionários), tendo-se obtido uma amostra total de 289 sujeitos respondentes.

Foram encontradas taxas de prevalência de fumador mais elevadas que as referenciadas noutros estudos em Portugal (29,4%), sobretudo no que se reporta, ao género (Masculino: 44,4%; Feminino: 27,3%) e situação (docente: 30%; aluno: 28,6%). A caracterização do fumador revelou o índice da UMA de 6,9. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os fumadores que já deixaram de fumar e os sempre fumadores quanto ao padrão de fumo. Observámos diferenças estatisticamente significativas entre ex-fumadores e fumadores que já deixaram de fumar quanto ao tempo de abstinência conseguida, mas não quanto ao número de tentativas. Constatámos que 88,5% dos ex-fumadores referenciaram sentir-se

melhor por ter deixado de fumar, apontando benefícios imediatos na saúde. Um outro dado interessante referido por 50% de respondentes do mesmo grupo foi a sensação de liberdade/auto-controlo sentida por terem deixado de fumar. Entre os fumadores que já tentaram deixar de fumar 74% relataram síndrome de abstinência em mais que uma categoria, sendo as perturbações de humor (81,2%) a principal queixa, seguida de sintomas psicossomáticos (37,5%). As razões apontadas pelos fumadores para terem tentado deixar de fumar foram informação sobre os malefícios do tabaco (60%), seguindo-se os motivos de doença (28%). Entre aos motivos apontados na base da recaída salientam-se os sintomas incómodos que não passaram com o tempo (52%) e, em menor escala, o prazer (24%) e a pressão social (24%). Os resultados foram discutidos à luz das teorias actuais de intervenção na dependência tabágica.

*Palavras-chave:* Tabagismo, prevalência, recaída, cessação.

## ABSTRACT

Cigarette smoking has been considered one of the great enemies to public health, as well as one of the hardest to change human behaviors. For many smokers, the association between the physiological nicotine dependence and the habit of smoking makes it harder to overcome the abstinence symptoms. It has been widely investigated the partial contribution of neurobiological processes of nicotine dependence to the reduced rates of long term smoking cessation found in longitudinal studies.

Considering the smoking restriction policy that has been adopted for the last two years in the Faculty of Psychology and Sciences of Education of the University of Oporto, in Portugal (FPCE-UP) and which was implemented nationwide only recently (in 2008), the present study aimed at: analyzing the prevalence of smoking in this institution; characterizing the smokers' sample as to the number of cigarettes smoked and duration of smoking habits through cigarette pack-years (CPY); comparing former smokers to current smokers who were abstinent for some period in the past, as to the maximum abstinence time and number of cessation attempts. The content analysis of open questions lead to the formulation of more qualitative objectives: to identify the reasons why former smokers have maintained abstinent; to identify the abstinence symptoms felt by current smokers who stopped smoking sometime in the past; to identify the smokers' motives for smoking cessation attempts at some period in their lives; and, finally, to identify the motives for relapse.

The questionnaires were administered via the Internet to the universe of students, teachers and staff of FPCE-UP. A total sample of 289 subjects was obtained.

Higher prevalence of cigarette smoking (29,4%) was found, comparatively with other Portuguese studies, mainly in what concerns distribution by gender (Men: 44%; Women: 27,3%) and institutional situation (teacher: 30%; student: 28,6%). The smokers' characterization

revealed a CPY of 6.9. No significant statistical differences were found between current smokers who were abstinent for some time and smokers who were never abstinent as to the smoking patterns. Significant statistical differences were found between former smokers and current smokers who were abstinent for some time, as to the maximum abstinence time achieved, but not as to the number of cessation attempts. 88.5% of former smokers mentioned feeling better after having quit smoking, pointing out immediate health benefits. An interesting result was that 50% of the same group mentioned a sense of freedom and/or self-control after having quit smoking. Among the current smokers who have already tried quitting, 74%

describe abstinence symptoms in more than one category, being mood disturbances (81.2%) and psychosomatic symptoms (37.5%) the more frequent complaints. The main motives pointed out by smokers for having tried to quit smoking were: information regarding the prejudicial effects of tobacco (60%) and illness (28%). As far of the motives for relapse are concerned, 52% pointed out the persistence of unpleasant symptoms, 24% the pleasure of smoking and 24% social pressure. Results were discussed according to current theoretical models of intervention in nicotine dependence.

*Key words:* Smoking, prevalence, relapse, cessation.