**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CAROLINE FIGUEIRA PEREIRA

**PERFIL DE MULHERES TABAGISTAS ATENDIDAS
EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO DA CIDADE DE
SÃO PAULO**

SÃO PAULO

2014

CAROLINE FIGUEIRA PEREIRA

**PERFIL DE MULHERES TABAGISTAS ATENDIDAS
EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO DA CIDADE DE
SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Cuidado e Saúde.

Área de Concentração: Uso e abuso
de álcool e outras drogas

Orientador: Prof. Dr. Divane de
Vargas

SÃO PAULO

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Caroline Figueira Pereira

Título: Perfil de mulheres tabagistas atendidas em um serviço especializado da cidade de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção de título de Mestre.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Divane de Vargas Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Regina Helena Simões Barbosa Instituição:
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira Instituição:
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho

*A minha família por desde sempre
acreditar em mim e fazer tornar
possível todos os meus sonhos.*

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Divane de Vargas meu orientador desde a graduação, que sempre segurou em minhas mãos e me ajudou a caminhar nessa estrada, que com o seu jeito amoroso e divertido transforma as orientações exaustivas em encontros agradáveis, por ter contribuído de maneira fundamental na minha construção como pessoa, por ter confiado em mim e construído uma relação tão bonita nesses quase seis anos, muito obrigada.

A Prof^{ta}. Dr^a. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira pelos conhecimentos adquiridos desde a graduação, por ter sempre o semblante agradável e feliz, o que muitas vezes nos passa a tranquilidade necessária que precisamos, por estar desde a qualificação contribuindo com este trabalho, muito obrigada.

A Prof^{ta} Dr^a Regina Helena Simões Barbosa pela disponibilidade desde sempre em fazer parte da construção deste trabalho, com suas contribuições sempre tão fundamentais para uma visão diferente da qual estava acostumada, muito obrigada.

A Prof^{ta} Dr^a Ana Luisa Aranha e Silva por ter me dado a oportunidade de acompanhá-la em estágio como aluna PAE e me mostrado um novo jeito de olhar a saúde mental e a vida, compartilhando saberes tão importantes na minha formação, muito obrigada.

Aos meus colegas do GEAD e NEPEAA pelas significativas contribuições de ensino,

convivência e amizade durante essa trajetória, muito obrigada.

***Ao corpo docente de Saúde Mental da FEUSP** pelas contribuições de ensino durante a graduação e agora na pós-graduação, muito obrigada.*

***Aos Funcionários do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e psiquiátrica** pela recepção sempre tão afável e cordial e por sempre estarem nos ajudando nessa jornada, muito obrigada.*

***Aos Funcionários da Secretaria de Pós-Graduação** pela disponibilidade e ajuda durante esse percurso, muito obrigada.*

***Ao IME** pelas contribuições no cálculo dos dados deste estudo, muito obrigada.*

***Ao Estatístico da escola de enfermagem** pelas contribuições no cálculo dos dados deste estudo, pela paciência e disponibilidades, muito obrigada.*

***Aos alunos de graduação da escola de enfermagem e aos usuários dos serviços de atenção psicossocial** por terem me dado a oportunidade de aprender e crescer junto com eles em cada estágio PAE que participei, muito obrigada.*

***As minhas companheiras de casa** que além de dividir as contas, dividem comigo suas histórias, conhecimentos, atenção e amor, muito obrigada.*

***A Leticia** pela paciência e carinho em sanar todas minhas dúvidas, muito obrigada.*

***Ao Tiago** pela paciência de agüentar minhas oscilações de humor, pelo companheirismo e amor, muito obrigada.*

***A todos meus amigos**, por entenderem minha ausência, estarem sempre ao meu lado e compartilharem momentos de descontração importantíssimos, muito obrigada.*

Pereira CF. Perfil de mulheres tabagistas atendidas em um serviço especializado da cidade de São Paulo. [Dissertação]. São Paulo (SP). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014

RESUMO

Introdução: O tabagismo é um dos hábitos mais difundidos mundialmente, configurando-se em um problema complexo e multifacetado. Enquanto o número de homens fumantes estagnou, o de mulheres está em constante crescimento, estimando-se que cerca de 250 milhões de mulheres fumam diariamente em todo mundo. A maior dificuldade das mulheres em cessarem o tabagismo, e a grande estratégia de marketing da indústria tabagista voltada para esse público, são apontadas como razões para esse fenômeno, somado a isso existe uma escassez de estudos publicados sobre essa questão na literatura brasileira e mundial. **Objetivo:** Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e comportamental de mulheres tabagistas atendidas em um Serviço Especializado de Saúde da cidade de São Paulo. **Método:** Delineada como pesquisa de coorte retrospectivo de abordagem quantitativa, o estudo foi realizado através de busca ativa nos prontuários das pacientes que foram atendidas no serviço especializado para cessação do tabagismo do Estado de São Paulo entre os anos de 2005 e 2010. Para a análise dos prontuários, foi realizado o uso de um questionário, os dados coletados foram armazenados por meio do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) e analisados pelo programa RStudio, em que foram realizadas todas as análises. **Resultados:** A coorte de 655 prontuários caracterizou-se por mulheres com idade média de 49 anos (DP=10,1), solteiras (34%); com segundo grau completo (27,9%), inseridas no mercado de trabalho (54,9%), com nível de dependência a nicotina muito elevado (78,5%) e que apresentavam critérios diagnóstico de depressão (23,6%),

ansiedade (24,2%) e hipertensão (21,9%). Como principais razões para o ato de fumar as mulheres tabagistas atribuíam sensação de prazer (50,2%) e propriedades relaxantes (69,3%), e a principal razão alegada para a busca do tratamento foi motivos de saúde (62%). A faixa etária demonstrou associação significativa com a influência de terceiros no início do tabagismo ($p=0,05$). O tempo de permanência no tratamento mostrou-se positivamente associado ao diagnóstico de depressão ($p=0,04$) e hipertensão ($p<0,01$), ao convívio com parentes tabagistas ($p<0,01$) e procura por tratamento devido a motivos de saúde ($p=0,02$). O grau de dependência associou-se positivamente com a precocidade do início do tabagismo ($p<0,01$), ao uso de tranqüilizantes ($p=0,02$), menor nível educacional, em todas as situações em que fumam ($p<0,01$), exceto com bebidas alcoólicas. **Conclusão:** Publicações sobre esse fenômeno são escassas no Brasil e no mundo, o estudo apresenta evidências que podem contribuir para proposição de estratégias na prática clínica da cessação do tabagismo feminino, uma vez que identifica o perfil daquelas mulheres que buscam por tratamento, sugerindo também o perfil daquelas que não estão chegando ao serviço, quer por serem consideradas mais vulneráveis para o tabagismo, e/ou por não estarem sendo sensibilizadas pelas campanhas antitabágicas, o que reflete no não desejo da mulher em abandonar o hábito de fumar.

Palavras-chaves: Saúde da mulher. Abandono do hábito de fumar. Serviço de saúde.

Pereira CF Profile of female smokers attending a specialized service in São Paulo city. [Dissertation]. São Paulo (SP). School of Nursing, University of São Paulo; 2014

ABSTRACT

Introduction: Smoking is one of the most widespread worldwide habits, setting up a complex and multifaceted problem. While the number of male smokers has stalled, the women's number is constantly growing and it is estimated that about 250 million women around the world smoke daily. The greatest difficulty in women cease smoking, and a the great marketing strategies of the cigarette industry facing this audience, are cited as reasons for this phenomenon, added to this there is a paucity of published studies on this issue in the Brazilian and world literature. **Objective:** The objective is to describe the sociodemographic, clinical and behavioral profile of female smokers attending in a Specialized Health Service located in São Paulo, Brazil. **Method:** This study is outlined as a retrospective cohort with a quantitative approach that was conducted by active search in the records of patients who were treated for smoking cessation between 2005 and 2010. The analysis of medical records was conducted using a questionnaire, and the data were stored using the SPSS software (Statistical Package for the Social Sciences) and all analyzes were performed by RStudio program. **Results:** A cohort of 655 medical records was characterized by women with an average age of 49 years (SD = 10.1), unmarried (34%); with high school degree (27.9%); in the labor market (54.9%), with high level of nicotine dependence (78.5%) that presented diagnostic criteria for depression (23.6%), anxiety (24.2%) and hypertension (21.9%). The main reason for the act of smoking was attributed to the feeling of pleasure (50.2%) and relaxation (69.3%), and the main reason given for seeking treatment was related to health reasons (62%). The age group showed a

significant association with the influence of others people at smoking initiation ($p = 0.05$). The treatment time was positively associated with depression diagnosis ($p = 0.04$) and hypertension ($p < 0.01$), living with smoking relatives ($p < 0.01$), and search for treatment due to health reasons ($p = 0.02$). The degree of dependence is positively associated with the early smoking initiation ($p < 0.01$), use of tranquilizers ($p = 0.02$), lower educational level, in all situations who smoking ($p < 0.01$) except for alcoholic drinks. **Conclusion:** The publications related to this phenomenon are scarce in Brazil and worldwide. The study presents evidence that can contribute to propose strategies in clinical practice of female smoking cessation, since it identifies the profile of those women who seek treatment, also suggesting that the profile of those who are not getting the service, due to the more vulnerable to tobacco use, and or they are not being sensitized by anti-smoking campaigns, which reflects the desire of the women does not to leave the smoking habit.

Keywords: Women's Health. Smoking Cessation. Health Services.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas incluídas no estudo (n=655).....	46
Tabela 2 - Distribuição das variáveis comportamentais compreendidas no estudo.....	49
Tabela 3 - Dados da tentativa de parar de fumar (n= 655).....	50
Tabela 4 - Dados dos recursos utilizados (n=643)	51
Tabela 5 - Situação do tratamento e média do tempo de permanência	52
Tabela 6 - Distribuição das variáveis clínicas, compreendidas no estudo.	52
Tabela 7 - Grau de dependência	53
Tabela 8 – Grau de motivação	54
Tabela 9 - Associação das situações em que as mulheres fumam e depressão	55
Tabela 10 - Associação de ter parentes tabagistas com tempo de permanência	56
Tabela 11 - Motivos para cessar o tabagismo e tempo de permanência	57
Tabela 12 – Variáveis clínicas e tempo de permanência	57
Tabela 13 - Estado civil com grau de dependência	58
Tabela 14 - Nível educacional e grau de dependência.....	59
Tabela 15 - Número de Filhos e Grau de Dependência (Fagerström)	60
Tabela 16 - Significado atribuído ao tabagismo e grau de dependência	61
Tabela 17 - Situações em que fuma e grau de dependência .	62
Tabela 18 - Uso de outras substâncias psicoativas e grau de dependência	63

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Grau de Dependência (Fagerström) entre pessoas
que iniciaram o tabagismo antes ou a partir dos 18 anos61

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	15
2.OBJETIVOS.....	26
2.1 Objetivo geral	26
2.2 Objetivos específicos.....	26
3.REVISÃO DA LITERATURA	28
4.MÉTODO.....	37
4.1 Tipo de estudo	37
4.2 Participantes do estudo	37
4.3 Local do estudo.....	38
4.4 Coleta dos dados.....	40
4.5 Instrumentos	40
4.5.1 Teste de Fagerstrom	40
4.5.2 Teste de Richmond	41
4.5.3 Questionário Sociodemográfico	41
4.6 Aspectos éticos.....	42
4.7 Análise dos dados	42
5.RESULTADOS	45
5.1 Perfil sociodemográfico	45
5.2 Perfil comportamental	47
5.3 Perfil clínico	52
5.4 Grau de dependência de nicotina de acordo com o teste de Fagerstrom..	53
5.5 Grau de motivação para cessação do tabagismo de acordo com o teste de Richmond.....	53
5.6 Relação entre as variáveis sociodemográficas , clínicas e comportamentais.....	54
5.7 Associação entre as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais com o tempo de permanência no tratamento	55
5.8 Associação das variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais com o grau de dependência (teste de Fagerstrom).....	58
6.DISSCUSSÃO	65
7.CONCLUSÕES	75
REFERÊNCIAS	78
ANEXOS	91

Introdução

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo, um dos hábitos mais difundidos mundialmente, se tornou um hábito definitivo, dentro da cultura ocidental, no século XIX e, desde então, tem sido dominado por poderosas empresas multinacionais de origem norte-americana e inglesa ⁽¹⁾. Porém, devido à sensação de prazer ocasionada pelo consumo do tabaco e da expansão de seu uso, os malefícios dessa droga foram omitidos por um longo período, pois desde a década de 1950 a indústria tabaqueira já tinha a convicção da ação psicoativa e dos efeitos cancerígenos da nicotina. Entretanto essa verdade foi postergada por anos pelo enorme poder econômico dessa indústria, usufruindo de todos os canais de comunicação para propagar argumentos falsos, desacreditando os dados das instituições científicas, enquanto internamente ela os conhecia de longa data ⁽²⁾.

A partir da década de 1970 o conceito de substância prejudicial à saúde começou a crescer entre as pessoas, o que fez com que as indústrias tabagistas passassem a produzir apresentações de tabaco com menos concentração de nicotina. Nos anos 80, já não havia mais dúvidas dos malefícios do tabaco, o que fez com que o governo Britânico e dos Estados Unidos comesçassem a criar políticas públicas voltadas para a prevenção e combate ao seu uso, banindo o consumo do tabaco de lugares fechados, transportes públicos, lojas e congêneres. Contudo, mesmo diante da descoberta dos malefícios do tabaco e das mudanças nas políticas públicas, o tabagismo continuava marcante no mercado, devido aos poderosos interesses econômicos que envolviam, e ainda

envolvem, o consumo, venda e publicidade da substância.

No Brasil, além dos interesses econômicos, envolvendo o tabaco, existe a pressão dos fabricantes, pois o país é um dos principais produtores e exportadores de tabaco do mundo, o que torna ainda mais difícil as estratégias de redução do consumo⁽³⁾. Além disso, duas grandes transnacionais de tabaco, a British American Tobacco (BAT), representada no Brasil pela Companhia Souza Cruz, e a Philip Morris dominam o mercado nacional de tabaco e têm mantido fortes e contínuas estratégias de contraposição às ações de controle do tabagismo adotadas pelo Governo Brasileiro⁽⁴⁾. Interligadas por um sistema corporativo global de inteligência, essas companhias se mantêm atentas às tendências do mercado de tabaco e às políticas governamentais de controle ao tabagismo em todo o mundo, buscando responder de forma global e eficiente aos desafios que essas políticas podem trazer à viabilidade de seus negócios^(5, 6). Portanto, é necessário que seja feita uma abordagem sociológica da epidemiologia do tabagismo, a qual está entrelaçada aos determinantes sociais, culturais e políticos do processo saúde/doença.

Em relação aos dados epidemiológicos, o relatório da Organização Mundial de Saúde “WHO Report on the Global Tobacco Epidemic” ⁽⁷⁾ que monitora o status da epidemia do tabaco, e o impacto das ações implementadas para conter o seu avanço, estima que, atualmente, um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas, entre as quais 200 milhões de mulheres, sejam fumantes. Estima-se também que aproximadamente 47% de toda população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam. No entanto, de modo geral, estudos epidemiológicos tem evidenciado o aumento do tabagismo entre as mulheres.

À nível Nacional, resultados do I e II Levantamentos

Domiciliares realizados pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas) publicados em 2001 e 2005^(8, 9) respectivamente, evidenciaram aumento da porcentagem da população brasileira que teve contato com o tabaco, passando de 41,1% no primeiro levantamento para 44,4 % no segundo, e um aumento de dependentes, que passou de 9% para 10,1%. Considerando a faixa etária e o gênero, o I Levantamento evidenciou que a maior porcentagem de mulheres tabagistas (16,2%) encontrava-se na faixa etária de 12 a 17 anos, porcentagem maior que a dos homens (15,2%) da mesma faixa etária, já o II Levantamento aponta uma diminuição de mulheres (11,8%), e um aumento de homens (16,8%) tabagistas nessa faixa etária.

Estudo realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, utilizando o sistema VIGITEL⁽¹⁰⁾ (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), mostrou que entre 2010 e 2011, o número de fumantes do sexo feminino diminuiu de 12,7% para 12%, e entre os homens houve um aumento de 17,1 para 17,9%. Outro estudo, feito em 2009⁽¹¹⁾ pelo PNAD (Pesquisa Nacional por Amstras de Domicílio) que avaliou, em todo o Brasil, indivíduos com 15 anos de idade ou mais, revelou que, do total de 24,6 milhões de tabagistas estimados (prevalência de 17,2%), 9,8 milhões (prevalência de 13,1%) eram mulheres, e 14,8 milhões (prevalência de 21,6%) eram homens, dados esses semelhantes aos encontrados em um levantamento realizado em grandes cidades brasileiras em 2008⁽¹²⁾. Ainda segundo o estudo da PNAD⁽¹¹⁾, cerca de 76% das mulheres brasileiras iniciam o consumo de cigarros antes dos 19 anos, taxa semelhante entre os homens (79%), que é corroborada pelos dados mundiais⁽⁷⁾. Estudo ainda aponta que, apesar de um maior número de fumantes entre o gênero masculino, o número de mulheres que fumam está aumentando em

proporção maior do que o número de homens entre os mais jovens, isto é, as mulheres vêm experimentando o tabaco cada vez mais precocemente, e em maior número, quando comparada aos rapazes⁽¹³⁾. Sob a ótica da leitura sociológica, as três tendências mais preocupantes do tabagismo no Brasil são a pauperização, a juvenilização e a feminização⁽¹⁴⁾.

Os levantamentos epidemiológicos Mundiais e Nacionais sugerem de maneira geral que o início de consumo do tabaco tem se dado cada vez mais cedo, o que contribui para o aumento de fumantes na faixa etária menor de 18 anos, observando-se ainda diminuição na população acima dessa idade^(15, 16), uma das razões para esses resultados de acordo com os especialistas pode ser devido ao aumento das campanhas antitabágicas⁽¹⁵⁾. No entanto, na população mais jovem, essas campanhas não estão apresentando o resultado esperado. Levantamentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelaram que, em muitos países, não houve redução desse consumo entre jovens de 13-15 anos, inclusive no Brasil⁽¹⁷⁾.

Ainda no que se refere ao uso do tabaco pelas populações mais jovens, em alguns países europeus⁽¹⁸⁾ a prevalência do tabagismo em adolescentes varia substancialmente (3,5–42,7%). Em estudo realizado no Canadá que monitorou o uso de tabaco na população geral, encontrou-se que nas idades entre 15 e 19 anos, existia uma proporção no aumento de mulheres fumantes quando comparadas com os homens (24% - 21%), e que entre 15 e 17 anos a diferença entre o gênero era ainda maior (21%-16%)⁽¹⁹⁾. Enquanto nos Estados Unidos, aproximadamente 50% dos adolescentes escolares já experimentaram cigarros (uso na vida), com prevalências de 24,9-66,3%⁽²⁰⁾. Na América Latina, o consumo experimental de cigarros na população geral variou

de 26,9% (Brasil) a 66,3% (Chile). No Brasil, o consumo experimental de cigarros entre os adolescentes apresenta proporções de 5,1% a 26,9%^(21, 22).

Quando analisadas as razões da iniciação do tabagismo de maneira geral, encontram-se diferenças entre culturas, mas há alguns determinantes que certamente tem uma associação estabelecida com o hábito de fumar e estão inter-relacionados, como o ato de fumar entre irmãos, pais e amigos, os quais estão fortemente associados com o tabagismo^(23, 24). Além disso, estudos apontam como fatores de iniciação do uso de tabaco a prevalência do tabagismo no contexto da vida, os comportamentos antissociais⁽²⁵⁾, a reprovação na escola⁽²⁶⁾, a baixa auto-estima/problemas familiares^(27, 28), a classe socioeconômica menos favorecida^(21, 26, 29), a influência da mídia⁽³⁰⁾, e a idade cronológica menor que 15 anos.

Diante dos fatores de iniciação do uso de tabaco e a prevalência desse, no contexto mundial, observa-se diferenças significativas entre os países, provavelmente em decorrência de questões socioeconômicas, culturais e religiosas⁽¹⁴⁾. Atualmente existem diferenças na prevalência do fumar entre os distintos grupos socioeconômicos, notando-se diferenças no consumo de tabaco entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Em países em desenvolvimento, a população masculina fumante é maioria, perfazendo 48% da população e, em países desenvolvidos, em torno de 24% da população feminina é fumante. Quando comparados os dados de mulheres fumantes em países pobres e ricos⁽¹⁴⁾, constata-se que a prevalência de mulheres fumantes na Ásia e África está abaixo de 10%, percentual considerado baixo quando comparado com países desenvolvidos como França e Alemanha, com taxas entre 30 a 39%, respectivamente. Na Suécia e Noruega, países com um

dos menores índices de desigualdades sociais, ainda há maior prevalência de mulheres fumantes, acima de 50%. Os Estados Unidos e Canadá, em um nível intermediário, situam-se entre 20 e 29%⁽²⁾.

Apesar desses dados, estudos⁽³¹⁾ têm evidenciado que a população que possui poder aquisitivo mais elevado está abandonando e/ou evitando o fumo, cujo consumo cresce entre os segmentos mais empobrecidos da população mundial⁽³²⁾, havendo uma forte correlação e prevalência do consumo de cigarros entre as pessoas com baixa renda e menor acesso a educação formal. Esses apontamentos são corroborados com dados da pesquisa brasileira⁽³³⁾, que evidenciou o fato de indivíduos com baixo nível de escolaridade terem uma probabilidade cinco vezes maior de serem tabagistas do que indivíduos que têm o terceiro grau. Dentre os fatores sociais, que influenciam essa situação, os autores⁽³²⁾ destacam o menor acesso à informação, à educação e a assistência à saúde entre as classes populares.

A maioria dos estudos que investigam a associação entre a iniciação ao uso do tabaco e fatores socioeconômicos, não se detêm numa exploração mais minuciosa das questões relativas ao gênero. Entretanto estudiosos⁽³⁴⁻³⁶⁾ apontam que as mulheres, podem ser menos influenciadas pela educação e renda do que os homens, mas muito mais influenciadas por fatores sociais, tais como amigos e familiares. Outro fator relacionado com o hábito de fumar são os distúrbios de humor, os quais as mulheres estão mais sujeitas, e que muitas vezes, desencadeiam o uso do tabaco como forma de automedicação para o alívio de questões que deveriam ser enfrentadas de outras maneiras⁽¹⁴⁾.

O cigarro também é visto como um refúgio dos fatores estressantes, como longas jornadas ou jornadas muito restritas

de trabalho que geram insatisfação nas mulheres, e essas adotam comportamentos que reduzem momentaneamente as tensões, como o ato de fumar^(37, 38). Devido a esse fato, estudos mostram que mulheres que trabalham fora são menos propensas a cessarem o tabagismo, portanto o desemprego pode realmente remover barreiras para a cessação, tendo um efeito benéfico^(39, 40).

Ainda em relação aos fatores estressantes, conclui-se que o tabaco é mais fortemente utilizado para redução de tensões no gênero feminino do que no masculino^(41, 42). Dessa forma, podemos explicar as tendências epidemiológicas do tabagismo, que apontam para um problema que, dentro de poucos anos, será majoritariamente feminino⁽³³⁾, pois de acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde “WHO Report on the Global Tobacco Epidemic”⁽⁷⁾, 20 % das mulheres ao redor do mundo são fumantes. O relatório apurou também que, enquanto o número de homens fumantes estagnou, o de mulheres está em constante crescimento, estimando que 250 milhões de mulheres em todo mundo fumam diariamente⁽³¹⁾. Entre 1950 e 2000, cerca de 10 milhões de mulheres morreram devido ao consumo de tabaco⁽⁴³⁾ e, estima-se, que de 2002 a 2030, esse número chegará a 40 milhões⁽⁴⁴⁾.

Essa maior vulnerabilidade das mulheres para o tabagismo nas últimas décadas tem levado a indústria tabagista a ver na mulher, um mercado promissor, pois, além das diversas razões sociais e de saúde, elas entraram massivamente no trabalho assalariado, passando a ter mais poder, tanto aquisitivo, quanto de decisão dentro da sociedade, o que tem acarretado uma grande mudança no perfil da mulher contemporânea. Atenta a essas mudanças a indústria tabaqueira, através de milionárias campanhas publicitárias, passou a atingir as ansiedades e os anseios femininos, assim

como suas demandas sociais⁽¹³⁾. Nesse tipo de propaganda, são explorados conceitos como liberdade, independência, autoafirmação e ascensão social, utilizando-se modelos femininos delgados que, sutilmente, impõem e reforçam padrões de estética corporal que certamente exercem forte influência na iniciação e permanência do fumar feminino⁽¹⁴⁾, além de produzir marcas específicas, como cigarros com sabores e embalagens diferenciadas, associando o tabagismo ao desejo universal das mulheres, o que faz com que o hábito de fumar tenha início cada vez mais cedo entre elas, e essas enfrentem maiores dificuldades para largar o vício. Tal fato tem chamado a atenção das autoridades nacionais e internacionais, que tem lançado diversas estratégias para a redução e cessação do consumo do tabaco, além de promover a realização de estudos epidemiológicos que objetivam levantar a prevalência do uso e abuso de tabaco entre a população feminina.

No que diz respeito à cessação do hábito de fumar há diferenças sutis, porém significativas, observadas em relação às características da dependência nicotínica entre homens e mulheres. Embora ainda seja motivo de controvérsia, diversos estudos sugerem que as mulheres têm maior dificuldade em parar de fumar do que os homens⁽⁴⁵⁻⁵⁰⁾. O comportamento da mulher fumante é mais influenciado por condicionamentos relacionados ao humor e ao afeto negativo, enquanto os homens são mais condicionados pela resposta farmacológica, regulada pelo consumo de nicotina^(51, 52).

As mulheres também têm uma metabolização mais rápida da nicotina⁽⁵³⁾ e apresentam uma maior prevalência de ansiedade, fadiga, raiva e depressão do que os homens, principalmente se elas estiverem na fase folicular do ciclo menstrual, além de nessa mesma fase a autoeficácia diminuir

quando comparada com a fase lútea, tendo como consequência uma maior dificuldade na cessação do tabagismo⁽⁵⁴⁾. Outro estudo também encontrou diferenças significativas entre a fase lútea e folicular, uma delas é que na fase folicular aumenta o sucesso da cessação quando comparada com a fase lútea e na fase folicular sente-se menos desejo dos estímulos do cigarro do que na fase lútea⁽⁵⁵⁾. Acrescido a esses dados, as mulheres também são menos responsivas a terapia de reposição de nicotina quando comparadas com os homens^(50, 56-58). Esses fatores possivelmente associam-se a maior dificuldade de cessação do tabagismo entre as mulheres^(51, 59).

Considerando esse aspecto, em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS), também alarmada pelo aumento do uso de tabaco entre as mulheres, e pelas campanhas das indústrias tabagistas, elegeu o tema “Gênero e tabaco com ênfase no marketing voltado para a mulher”, a ser debatido no Dia Mundial sem Tabaco, tendo como objetivo central a estimulação e o desenvolvimento de políticas de combate às estratégias de marketing da indústria do tabaco, e a contenção do consumo epidêmico desse entre as mulheres^(1, 60). Essa campanha resultou na adoção de algumas estratégias para o enfrentamento da problemática, tais como a inclusão de fotos que apontam as consequências que o tabaco pode causar à saúde do indivíduo que o consome. No Brasil, desde 2009, o Instituto do Câncer tem chamado a atenção das mulheres tabagistas para o fato de que, além dos prejuízos do tabaco a saúde, como o câncer de pulmão (que ultrapassou a prevalência do câncer de mama)⁽³³⁾, a beleza também é prejudicada. Nas embalagens dos maços de cigarro, além das clássicas fotos sobre a impotência masculina e o câncer de pulmão, agora circulam imagens de mulheres com o rosto enrugado e seqüelas do tabagismo.

Considerando que o número de mulheres fumantes está aumentando, principalmente na população jovem, somado a evidências que apontam o risco elevado de muitos tipos de cânceres específicos em fumantes do sexo feminino, a maior dificuldade das mulheres em cessarem o tabagismo, e a grande estratégia de marketing da indústria tabagista voltada para esse público, torna-se necessário realizar estudos que visem caracterizar o perfil das mulheres que buscam atendimento em serviços de saúde para cessação do tabagismo, pois parte-se do princípio de que a identificação do perfil dessas mulheres possibilitará compreender melhor esse universo peculiar da mulher tabagista, oferecendo subsídios para futuras pesquisas, o que em última análise tem potencial para a proposição de estratégias de prevenção, redução e cessação do consumo de tabaco, levando-se em consideração as reais necessidades e a realidade das mulheres.

Objetivo

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e comportamental de mulheres tabagistas atendidas em um serviço especializado da cidade de São Paulo.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar o grau de dependência da nicotina das mulheres tabagistas, por meio do teste de Fagerstrom
- Identificar o grau de motivação para cessação do tabagismo das mulheres tabagistas, por meio do teste de Richmond
- Verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais da amostra
- Identificar a influência das características sociodemográficas, clínicas e comportamentais no tempo de permanência das mulheres no tratamento
- Verificar a influência das características sociodemográficas, clínicas e comportamentais com o grau de dependência da nicotina

Revisão da Literatura

3. REVISÃO DA LITERATURA

Estudo⁽⁶¹⁾ mostra que as mulheres tabagistas procuram mais os serviços de saúde para cessação do uso do tabaco do que os homens, o que pode estar associado à maior facilidade das mulheres em reconhecer dificuldades no cuidado à saúde e em solicitar ajuda especializada, visto que elas possuem potentes barreiras na cessação do tabagismo. Apesar da literatura apontar que as mulheres procuram mais o serviço de saúde do que os homens para cessação do tabagismo, esse fenômeno parece não chamar a atenção dos investigadores, pois há uma escassez de estudos que visam caracterizar o perfil de mulheres que procuram os serviços de saúde com essa finalidade. Buscando respaldar a proposta desse estudo, realizou-se uma revisão nas fontes de informação BVS, CINAHL, PUBMED, WEB OF SCIENCE e SCOPUS, utilizando-se os seguintes descritores em inglês “women’s health”, “health services” e “smoking cessation”, e em português “saúde da mulher”, “serviços de saúde” e “abandono do hábito de fumar”. Observou-se que mesmo sem a determinação de período, somente 13 artigos que tratavam diretamente do assunto foram encontrados, e nenhum desses foi realizado no Brasil.

Estudo⁽⁶²⁾ realizado em Florença na Itália durante o período de março de 2004 a janeiro de 2005, em serviço de prevenção de câncer cervical, acompanhou as mulheres fumantes que tinham desejo de cessar o tabagismo pelo período de 6 a 12 meses, por meio de questionários e telefone. Durante esse tempo foi possível analisar o perfil dessas mulheres, encontrando que a maioria delas possuía um alto nível educacional, tinham idade por volta de 30 a 59 anos,

72,9% trabalhavam e 43,5% fumavam de 11-20 cigarros por dia.

Outro estudo⁽⁶³⁾ realizado também na Itália, porém em três centros de estudos, sendo esses em Florença, Turin e Mantua, acompanhou as mulheres que tinham desejo de cessar o tabagismo por um período de 6 meses e 1 ano, por meio de questionários e telefone. A intervenção se baseava em um aconselhamento padrão na cessação do tabagismo, acompanhado de aconselhamento breve e aumento da atividade física. As mulheres que eram atendidas nesse centro de prevenção de câncer cervical e queriam parar de fumar tinham idade entre 25–64 anos, 56% eram casadas, 35,2 % tinham filhos, 70,3% estavam empregadas, 20,9% fumavam 20 ou mais cigarros por dia, 64,4% já tentou parar de fumar 1 ou mais vezes, 23,1% tinham um alto nível de dependência de acordo com o teste de Fagerstrom.

Nos Estados Unidos⁽⁶⁴⁾ foi realizado um estudo com mulheres que possuíam elevado risco de câncer cervical e que estavam interessadas em cessar o tabagismo durante o período de março de 2000 a setembro de 2003. Realizou-se o acompanhamento dessas mulheres por um período de 6 meses, por meio de questionários e telefone. O perfil das participantes desse estudo era majoritariamente de jovens, brancas, 48,4% eram casadas ou viviam com parceiros, 45,4% tinham o ensino médio ou menos, 83,3% exerciam atividade laboral, fumavam em média 14,3 cigarros por dia e 68% das participantes não tinham intenção imediata de parar de fumar.

Em outro estudo⁽⁶⁵⁾ realizado nos Estados Unidos em clínicas de contracepção, ginecologia, gravidez e serviços relacionados, realizou-se o acompanhamento de mulheres que queriam parar de fumar por 6 semanas e 6 meses, sendo contatadas através de entrevistas por telefone. Observou-se

que o perfil das mulheres apresentava-se com idade média de 24 anos, 89% eram da cor branca, 43% tinham o ensino médio e menos que 30% relatavam intenção de parar no próximo mês.

Outro estudo⁽⁶⁶⁾ realizado nos Estados Unidos, em 12 clínicas de saúde pública, com especificidade em pré-natal, planejamento familiar e serviços pediátricos, avaliou a intervenção motivacional na cessação do cigarro em mulheres, durante o período de novembro de 1994 a julho de 1996. A intervenção foi realizada por meio de questionários auto administrados e por telefone, durante o período de 5 a 8 semanas . As mulheres tinham idade média de 29 anos, 40% tinham o nível educacional maior que o ensino médio e fumavam em média 12 cigarros por dia. A autora observou que as intervenções motivacionais ajudam a motivar as fumantes a cessarem o tabagismo, fazendo com que elas mudem de estágio motivacional do processo de cessação, obtendo significância positiva no processo de parar de fumar.

Estudo descritivo exploratório realizado nos Estados Unidos⁽⁶⁷⁾, em um hospital que visa reduzir o risco de doenças cardiovasculares, recrutou usuárias do sexo feminino que fumavam e tinham o desejo de cessar o tabagismo. Acompanhou 50 pacientes por meio de questionários e telefone. As intervenções foram realizadas por meio de prescrição de terapia de reposição de nicotina, uma cartilha “Freedom From Smoking” e um folheto com o número de uma linha telefônica grátis disponível 24 horas. O perfil das mulheres que participaram da pesquisa era de meia idade, 38% casadas, 82% brancas, 52% completaram o Ensino Médio, 40% completaram a faculdade e 73% estavam empregadas, 32% relataram história de depressão, 22% faziam

uso de medicamentos antidepressivos, 62% possuem amigos que fumam e 48% possuem o companheiro fumante.

Os seis estudos citados acima foram realizados em centros de saúde geral, sendo cinco especializados em saúde da mulher, mas que não estavam relacionados ao tratamento do tabagismo exclusivamente. Dos centros de saúde especializados em saúde da mulher, três visavam rastrear e prevenir o câncer cervical, chamando a atenção das mulheres fumantes na relação entre o tabagismo e o câncer do colo do útero, convidando-as a ingressarem em um programa de cessação do tabagismo. Os outros dois, eram em serviços de acompanhamento para as mulheres em pré-natal, ginecologia e outros serviços relacionados, também recrutavam mulheres que tinham interesse em cessar o tabagismo. Notou-se que o acompanhamento utilizado pelos estudos, em sua maioria, era por meio de questionário e telefone, e o perfil das mulheres são relativamente parecidos, visto que elas possuem um nível educacional mais elevado e são jovens. Essas evidências podem estar associadas ao fato de que mulheres que realizam exames de rotina ginecológicos, geralmente, tendem a ser jovens, e provavelmente por ora, não procurariam os serviços de saúde para cessação do tabagismo.

Estudos realizados em serviços específicos para a cessação do tabagismo, também foram encontrados. Estudo de coorte realizado nos Estados Unidos⁽⁶⁸⁾ em serviços especializados em cessação do tabagismo que recebiam veteranas em cinco estados do oeste e sudoeste dos Estados Unidos (Califórnia, Nevada, Novo México, Arizona e Texas) acompanhou 1150 mulheres, por meio de entrevistas pessoalmente e por telefone. As mulheres tinham em média 50 anos, 25% casadas, 33% com doença pulmonar obstrutiva,

37% com depressão, 87% já tentaram parar de fumar e 84% acham que o cigarro prejudica a saúde.

Outro estudo que acompanhou mulheres veteranas⁽⁶⁹⁾, realizado nos Estados Unidos, em serviços de cessação do tabagismo, seguiu 11338 mulheres, por meio de entrevistas e questionários. As mulheres tinham idade média de 60 anos, 77% brancas, 48% casadas, 37% trabalhavam e 87% já tentaram parar de fumar uma vez ou mais.

Os dois estudos^(68, 69) citados anteriormente foram realizados nos Estados Unidos, e o público alvo de ambos era de mulheres veteranas que estavam em tratamento para cessar o hábito de fumar no centro de cuidado de saúde VA (Veterans Affairs), devido ao público alvo dos estudos, os dois apresentaram a média de idade entre 50 e 60 anos, a grande maioria das participantes eram brancas, esse fato pode ser explicado pelo local em que foi realizada a pesquisa, e 87% das mulheres participantes nos dois estudos já haviam tentado parar de fumar alguma vez na vida.

Estudo clínico randomizado⁽⁵⁵⁾ realizado nos Estados Unidos no Centro de Pesquisa de Tratamento da Universidade da Pensilvânia, acompanhou 102 mulheres fumantes por meio de questionários. Todas as participantes receberam alguma terapia de reposição de nicotina e diferentes níveis de intervenção comportamental. Analisaram-se as diferentes características das mulheres na fase lútea e na fase folicular. Observou-se que a idade média das participantes era de 35,6 anos, fumavam desde os 18 anos, em média 26,5 cigarros por dia e 72% eram brancas. Esse estudo observou que na fase folicular aumenta o sucesso da cessação, quando comparada com a fase lútea, e na fase folicular sente-se menos desejo dos estímulos do cigarro do que na fase lútea.

Outro estudo⁽⁵⁴⁾ que abordou as diferenças dos efeitos da fase menstrual na cessação do tabagismo foi realizado nos Estados Unidos, recrutando mulheres através de folhetos na comunidade e em regiões de saúde clínica especializada em saúde da mulher, durante o período de 11 meses. As participantes foram randomizadas em grupo folicular e grupo lúteo, a fim de analisar as diferenças na cessação do tabaco nessas duas fases. Observou-se que as solteiras possuem baixos níveis de dependência de nicotina; que as mulheres na fase folicular da menstruação tem uma maior fissura, fadiga e confusão; menor auto-eficácia, e maior nível de depressão quando comparadas as mulheres na fase lútea. Embora os estudos referentes à diferença das fases menstrual na cessação do tabagismo discordem nos resultados, demonstrando divisão sobre qual fase interfere de maneira negativa na cessação do hábito de fumar, ambos estudos mostram que o ciclo menstrual interfere de maneira efetiva no processo de cessação do tabagismo.

Estudo clínico randomizado⁽⁷⁰⁾, realizado nos Estados Unidos em um programa clínico de cessação do tabagismo, acompanhou 45 mulheres por 3 meses, por meio de sessões e por telefone. As sessões incluíam tópicos do efeito da nicotina no ganho de peso, efeitos adversos do tabaco e como gerenciar o stress sem o uso do cigarro. Das mulheres atendidas, 57,7% eram jovens, 68% relataram que o ganho de peso depois de pararem de fumar é um problema para elas, sendo que as mulheres mais jovens são mais preocupadas com o ganho de peso ao parar de fumar do que as com idade mais avançada, e a grande maioria relatou que problema de saúde é a primeira razão para procurarem serviços especializados em cessação do tabagismo.

Estudo clínico⁽⁷¹⁾ randomizado realizado nos Estados Unidos, durante o período de 1 de julho de 2005 a 30 de setembro de 2006, acompanhou 1150 mulheres em um programa de Cuidado de Saúde em Minnesota para cessação do tabagismo. O programa de cessação do tabagismo era realizado por meio de terapia de reposição de nicotina, questionário auto administrado e por telefone. As Mulheres do estudo, em sua grande maioria, são jovens; 53% possuem faculdade; 55% apresentaram depressão, ansiedade, ou stress pós-traumático, 54% usaram medicação para depressão, e 28% usaram medicação para ansiedade. A autora encontrou também que o emprego está associado negativamente com o abandono das mulheres tabagistas.

Estudo de coorte⁽⁷²⁾ realizado nos Estados Unidos acompanhou 722 mulheres que residiam em Chicago. O acompanhamento foi realizado pela divisão de Illinois da Sociedade Americana de Câncer, por meio de entrevistas, questionários e por telefone. As mulheres tinham idade média de 45,2 anos, tinham ensino médio, aproximadamente metade (49,9%) eram casadas e 44% estavam desempregadas.

Dos treze estudos encontrados, seis foram de serviços gerais e sete de serviços especializado em cessação do tabagismo. Notou-se que nos serviços gerais, a grande maioria, era de mulheres jovens, em contrapartida nos serviços especializados em cessação do tabagismo, a maioria das mulheres, apresentava meia idade para cima, porém, em relação à situação socioeconômica não foi encontrada diferenças significativas no perfil das mulheres desses serviços.

Considerando que há uma diferença na idade de procura das mulheres que desejam cessar o tabagismo nos diferentes serviços, e que já se sabe que as medidas implantadas pelo governo referente ao tabagismo não estão obtendo sucesso

em populações específicas, principalmente no público jovem e feminino, torna-se necessário a realização de mais estudos que abordem essa temática, em especial estudos nacionais, pois não se sabe o perfil da mulher tabagista brasileira que procura os serviços de saúde para cessação do tabagismo. Esse desconhecimento aumenta a lacuna entre o serviço e a usuária, visto que sem conhecer o perfil da mulher que chega ao serviço, não se constrói medidas significativas para o enfrentamento dessa problemática.

Método

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo. O estudo de coorte se caracteriza por uma associação etiológica, de causa e efeito, permitindo que se avalie a causalidade. É retrospectivo, pois se iniciou com dados avaliados no passado, isto é, todos os eventos relevantes (tanto a exposição como o resultado de interesse) já haviam ocorrido quando o estudo foi iniciado. Para realizar um estudo como esse, é necessário que o pesquisador, após definir os indivíduos expostos a um fator em estudo, no nosso caso, mulheres usuárias de tabaco, siga-os durante um determinado período de tempo para identificar fatores que possam estar associados a determinados eventos. Neste estudo as características clínicas, sociodemográficas e comportamentais são as variáveis de exposição, as quais foram associadas a desfechos, como o grau de dependência e tempo de permanência⁽⁷³⁾.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo constituiu-se de 750 prontuários de mulheres que buscaram tratamento em um serviço especializado de referência. Constituíram critérios de exclusão na amostra aquelas que buscaram tratamento somente para obesidade, e de inclusão, buscar tratamento exclusivo para o uso de tabaco e ter procurado o serviço entre 01 de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2010.

Esse período foi escolhido, visto que foi em 2005 que as mudanças legislativas se efetivaram (mudanças no marketing

do tabaco, maior interferência nas embalagens e publicidade dos fumígenos, proibição de patrocínio a atividades culturais e esportivas internacionais pelas companhias de tabaco) e em 2009 a Lei nº 13.541 do estado de São Paulo, que proíbe o ato de fumar cigarro em locais fechados coletivos foi instituída, o que pode ter provocado mudanças significativas, dentre elas, diferenças no perfil de mulheres atendidas no serviço. Devido a essas mudanças, o período de análise dos prontuários de mulheres que procuraram o serviço para tratamento do tabagismo foi estendido até 31 de dezembro de 2010. Dessa forma, considerando os critérios de inclusão, a coorte constituiu-se de 655 mulheres.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

O cenário dessa pesquisa foi o Centro de Referência para Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD), localizado na região do Parque da Luz, próximo ao centro da cidade, mais conhecido como “Cracolândia”, devido ao grande índice de consumo de crack.

Por meio do decreto nº 46.860, de 25 de junho de 2002 foi instituído o CRATOD, que tem como objetivo, a coordenação, o desenvolvimento e o implemento de políticas para tratamento, prevenção, promoção e formação de recursos humanos resultantes do conhecimento desenvolvido a partir da prática assistencial. As diretrizes baseiam-se na portaria ministerial 336/02 (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS) de tratamento para dependência de álcool e outras drogas, das políticas ministeriais de Saúde Mental, priorizando a não hospitalização, constituindo um serviço substitutivo ao hospital. Portanto, como CAPS ad, dispõe de regimes de atenção ao usuário definidos, pela citada portaria, em: intensivo, semi-

intensivo e não intensivo. Oferece ainda tratamento especializado para: mulheres e adolescentes dependentes de álcool e outras drogas, obesidade e tabagismo.

A escolha desse serviço como cenário de pesquisa deve-se ao fato, dentre outros, de que em 2004 o CRATOD recebeu o troféu para o Programa de Atenção ao Dependente de Nicotina oferecido pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), e em 2005 o Secretário da Saúde decidiu que o programa de tratamento do tabagismo preconizado pelo INCA passaria a ser coordenado pelo CRATOD. Assim, naquele ano, dezesseis capacitações em "Abordagem Intensiva ao Fumante" foram realizadas por todo o estado, pois a demanda era grande. Em maio de 2007, a Iniciativa Mundial Bloomberg (Bloomberg Philantropies) aceitou o convite do CRATOD, para a realização da reunião de apresentação de seu projeto para reduzir o uso de tabaco, focado para quinze países com maior número de fumantes. Os países participantes nas Américas foram o Brasil e o México. Assim, a partir dessas reuniões, a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo instituiu, no CRATOD, o Comitê para Promoção de Ambientes Livres do Tabaco - CEPALT (Resolução GS/SESSP - 293, de 22-8-2007), o qual passou a premiar empresas, públicas e privadas, que possuísem o ambiente livre de tabaco com um selo especial.

Todas essas iniciativas contribuíram para a publicação da lei estadual, nº 13.541 de 7 de maio de 2009, que proibiu o fumo nas áreas internas de repartições públicas federais, estaduais e municipais, localizadas em todo o território do Estado; nos bancos e estabelecimentos de crédito; nos hospitais, clínicas e estabelecimentos de saúde, e nas instituições de ensino.

4.4 COLETA DOS DADOS

Primeiramente, foi obtido o parecer favorável à pesquisa para os locais onde foi realizada a coleta e após a aprovação, foram realizadas reuniões com a diretora do serviço, no sentido de prestar esclarecimentos sobre a coleta de dados e os objetivos do estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio da busca ativa nas fichas de anamnese dos prontuários que atendiam ao critério de inclusão da pesquisa. Foram realizadas no período de agosto de 2011 à julho de 2012. Os dados foram armazenados no programa SPSS.

4.5 INSTRUMENTOS

Os dados de todos os instrumentos utilizados pela equipe do serviço para anamnese dos pacientes que buscavam o tratamento foram coletados, dentre eles, o teste de Fagerstrom que pontua o grau de dependência da nicotina e o teste de Richmond que pontua o grau de motivação para cessar o tabagismo.

4.5.1 Teste de Fagerstrom

O Teste de Fagerstrom é conhecido como Teste de Fagerstrom para Dependência de Nicotina (FTND)⁽⁷⁴⁾. É um questionário de seis itens, o qual consiste em questões referentes ao padrão típico de fumar⁽⁷⁵⁾, com escores totais de zero a dez, as questões do FTND são pontuadas de formas diferentes (os itens um e quatro são pontuados de zero a três, os demais itens, admitem resposta em zero e um). Os escores

obtidos no teste permitem classificar a dependência física de nicotina em cinco níveis: muito baixa (0 a 2 pontos); baixa (3 a 4 pontos); moderada (5 pontos); alta (6 a 7 pontos) e muito alta (8 a 10 pontos). O FTDN foi adaptado e validado para o português do Brasil⁽⁷⁶⁾.

4.5.2 Teste de Richmond

O Teste de Richmond é um questionário composto por quatro itens, a pontuação do teste compreende escores totais de zero a dez. Os escores obtidos no teste permitem classificar o grau de motivação em três níveis: baixa (0 a 6 pontos), moderada (7 a 9 pontos) e elevada (10 pontos). O Teste de Richmond foi adaptado e validado para o português do Brasil⁽⁷⁷⁾.

4.5.3 Questionário Sociodemográfico

O Questionário sociodemográfico contido na ficha de anamnese dos prontuários era composto por várias questões, as quais foram divididas nesse estudo para fins de análise em dados demográficos, clínicos e comportamentais

- Dados demográficos
 Sexo, idade (em anos), naturalidade (local), condição atual de trabalho, profissão, estado civil, número de filhos, escolaridade e condição de moradia
- Dados clínicos
 Doenças preexistentes (ansiedade, depressão, hipertensão, gastrite, diabetes e úlceras gástricas)
- Dados comportamentais

Em quais situações o cigarro está associado ao seu dia-a-dia, significado do tabagismo, circunstâncias que levaram a fumar, convive com tabagistas em casa, possui parentes tabagistas, tem o hábito de fazer apostas ou jogar, faz uso de outras substâncias psicoativas, tempo de uso, motivos que levaram a cessar o tabagismo, se alguma vez na vida utilizou algum recurso para deixar de fumar e quantas vezes já tentou parar de fumar.

- Dados de encaminhamento

Com vistas a verificar a relação entre os dados sociodemográficos, clínicos e comportamentais com o tempo de permanência no serviço, foram coletadas informações da data do primeiro e do último atendimento no serviço.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os cuidados éticos dessa pesquisa foram representados pelo encaminhamento desse projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Escola de Enfermagem com CAAE: 04236012.2.0000.5392.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em um banco no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), e para analisar os dados foi utilizado o programa RStudio. O nível de significância utilizado em todos os testes foi de 5%, a nível de confiança de 95%.

Para identificar o perfil sociodemográfico, clínico e comportamental, realizou-se uma análise descritiva através das

tabelas de contingências, média e desvio padrão das informações sociodemográficas, clínicas e comportamentais da amostra.

Para verificar a associação entre as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais, utilizou-se o teste não-paramétrico Fligner-Policello. Em algumas associações que compunham essas características, utilizou-se o teste paramétrico de Fischer, são elas: as variáveis grau de motivação e tentativas prévias de cessação do tabagismo e faixa etária e a principal circunstância que levou ao tabagismo.

Com o intuito de identificar a associação das características sociodemográficas, clínicas e comportamentais com o tempo de permanência no serviço, foi realizado o teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney e Fligner-Policello, para as variáveis motivos de iniciação do tabagismo, doenças preexistentes e utilização de recursos prévios para cessar o tabagismo. As variáveis categóricas motivos para cessar o tabagismo, ter parentes que fumam, convívio com tabagistas em casa, estado civil, escolaridade, ter filhos, situação empregatícia e tentativas prévias de cessar o tabagismo foram realizadas Análises de Variância Independente (ANOVA). Regressões Lineares foram aplicadas para as variáveis contínuas idade, idade de início do tabagismo, tempo de uso, escore do teste de Richmond e escore do teste de Fagerstrom.

No intuito de verificar a influência das características sociodemográficas, clínicas e comportamentais com o grau de dependência aplicou-se uma regressão logística.

Resultados

5. RESULTADOS

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

A população do estudo constituiu-se de 655 mulheres usuárias de tabaco que procuraram o serviço de saúde especializado localizado no município de São Paulo com idades variando de 40 a 60 anos, sendo a média de idade aproximadamente de 49 anos. A faixa etária variou entre 14 a 80 anos. Na tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas incluídas no estudo (n=655)

Variáveis	n	%
Estado Civil		
Solteira	223	34,0
Casada	209	31,9
Divorciada/Separada	118	18,0
Viúva	59	9,2
Outros	26	3,9
Não responderam	20	3,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	105	16,1
Ensino Fundamental Completo	72	10,9
Ensino Médio Incompleto	66	10,2
Ensino Médio Completo	183	27,9
Ensino Superior Incompleto	72	10,9
Ensino Superior Completo	125	19,2
Analfabeta	26	3,9
Não responderam	6	0,9
Profissões		
Assistente Administrativo	122	21,4
Autônoma	69	12,2
Comerciante	32	5,6
Do lar	45	7,9
Doméstica/Diarista	54	9,4
Funcionária Pública	43	7,5
Nível Superior	60	10,6
Profissionais de Saúde Nível Médio	46	8,0
Serviços Gerais	36	6,3
Outros	63	11,1
Situação Empregatória		
Empregada	360	54,9
Desempregada	144	21,9
Aposentada	79	12,3
Não responderam	72	10,9

Os dados da tabela 1 mostram que em relação ao estado civil a grande maioria das participantes do estudo é compreendida por mulheres solteiras (34%) ou casadas

(31,9%) totalizando aproximadamente 66%. Além de 79% das mulheres possuírem pelo menos um filho.

Quanto ao nível educacional, é possível perceber, que mais da metade das pacientes (58%) possui pelo menos o Ensino Médio completo, pois 19% possuem o Ensino Superior completo, 11% o Ensino Superior incompleto e 28% o Ensino Médio completo.

As profissões que mais estão presentes nas participantes são assistente administrativo (21,4%), autônoma (12,2%) e profissões com nível superior (10,6%).

Em relação à situação empregatória, é possível verificar que mais da metade (55%) afirmou estar empregada, sendo que, das demais, 22% declararam estar desempregadas, 12% aposentadas e 11% não responderam essa questão. Com relação ao tipo de moradia dessas mulheres, a grande maioria (95%), mora em casa (55%) ou apartamento (40%).

Com relação à naturalidade mais de 50% das pacientes são naturais da região da Grande São Paulo e de 10% a 50%, do Estado de São Paulo, o que possivelmente, deve-se ao fato de o CRATOD estar localizado no centro da cidade de São Paulo. Nota-se ainda uma porcentagem considerável de mulheres naturais da região Nordeste do Brasil (14 %).

5.2 PERFIL COMPORTAMENTAL

A maioria da amostra (80%) iniciou o uso do tabaco antes dos 18 anos [média da idade de início=17, (dp)=6,2], observando-se que a menor idade de início é de 5 anos e a maior 49 anos. De acordo com a tabela 2, as mulheres relataram também que a principal circunstância que as levaram

a iniciar o fumo, foi à influência de terceiros com algum contato com elas.

Com relação ao convívio com fumantes, 49% afirmaram que convivem com fumantes, 49% afirmaram que não convivem, e 2% não responderam. Por outro lado, ao serem questionadas se têm parentes que fumam, 70% não responderam a questão, e das que responderam, notou-se que 25% afirmaram possuírem parentes tabagistas. Na tabela 2, são apresentados os perfis comportamentais da amostra.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis comportamentais compreendidas no estudo

Variáveis	n	%
Situações em que fuma		
Ao falar no telefone	273	41,6
Com café	432	65,9
Após refeições	498	76,0
Tristeza	433	66,1
Alegria	295	45,0
Ansiedade	503	76,7
No trabalho	255	38,9
Com bebidas alcoólicas	222	33,8
Outros	61	9,3
Significados do fumar		
Fumar é um grande prazer	329	50,2
Fumar é muito saboroso	151	23,0
O cigarro acalma	454	69,3
Acha charmoso fumar	29	4,4
Acha que fumar emagrece	61	9,3
Gosta de fumar para ter alguma coisa na mão	125	19,0
Motivos para iniciar o uso do tabaco		
Influência de terceiros com algum contato	420	64,1
Ligação com lugares específicos	115	17,6
Charmoso/Moda/Propaganda	60	9,2
Curiosidade/Teimosia	106	16,2
Facilitava o consumo de outros	57	8,5
Motivos para cessar o tabagismo		
Motivos de saúde	99	62
Melhorar condição de vida, cansaço	36	23
Mal hálito, rouquidão, tosse	24	15
Por causa de outras pessoas	23	14
Porque necessita	20	12
Outras	33	21
Uso de outras substâncias psicoativas		
Álcool	182	27,8
Maconha	20	3,0
Cocaína	6	0,9
Crack	3	0,5
Anfetaminas	15	2,3
Tranquilizantes	96	14,6

Quando questionadas sobre as situações cotidianas em que faziam o uso do tabaco, as respondentes podiam selecionar nove razões listadas no questionário, conforme ilustradas na tabela 2. As situações mais frequentes associadas ao uso do tabaco foram os momentos de ansiedade e tristeza, após refeições e acompanhado do café. Aparece também o uso concomitante do tabaco com o álcool em mais de um terço das respostas.

Dentre os significados atribuídos pelas respondentes ao ato de fumar, 50% das respostas associam o ato com grande prazer, enquanto quase 70% das respostas fazem alusão ao cigarro como “calmante” (Tabela 2).

Conforme pode ser observado na tabela 3, 79% das usuárias afirmaram já terem tentado parar de fumar alguma vez na vida, 20% que o faziam pela primeira vez no momento da entrevista.

Tabela 3 - Dados da tentativa de parar de fumar (n= 655)

Variáveis	n	%
Tentativa de parar de fumar		
Já tentou	517	78,9
Ainda não tentou	131	20,0
Não respondeu	7	1,0

Para aquelas que respondiam afirmativamente sobre tentativas prévias de cessação do tabagismo, seguia-se uma questão sobre os principais recursos utilizados, conforme ilustram os dados tabela 4. Observa-se que os mais utilizados foram reposição de nicotina (goma, adesivo) e medicamento não-nicotínico. Porém 40,2% das mulheres que responderam a pergunta “Alguma vez na vida utilizou algum recurso para

deixar de fumar?” afirmaram nunca ter utilizado nenhum tipo de recurso.

Tabela 4 - Dados dos recursos utilizados (n=643)

Variáveis	n	%
Utilizou algum recurso		
Reposição de Nicotina	151	23,4
Medicamento não-nicotínico	95	14,7
Leitura de folhetos, jornais, revistas	45	6,9
Apoio de profissional de saúde	42	6,5
Outros	51	7,9
Nenhum recurso	259	40,2

Referente à situação do tratamento, verificou-se que 89,1% das pacientes abandonaram o tratamento [média de tempo no tratamento = 6 meses, (dp)=8,43], 6% permaneceram em tratamento [média de tempo no tratamento = 27 meses, (dp)=16,51], 3,5% receberam alta [média de tempo no tratamento = 12 meses, (dp)=5,74], 0,8% foi transferida [média de tempo no tratamento = 20 meses, (dp)= 8,70] e 0,3% foi a óbito [média de tempo no tratamento = 13 meses, (dp)=3,49], dados esses que podem ser observados na tabela 5. É importante ressaltar que a categoria de abandono engloba diversas situações, já que se considera como abandono quando a paciente não volta ao CRATOD após 4 meses, mesmo que não se tenha uma informação sobre o motivo real do não comparecimento ao serviço.

Tabela 5 - Situação do tratamento e média do tempo de permanência

Situação no tratamento	n	%	Média do tempo de permanência (meses)	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Abandono	568	89,1	6,25	8,43	0,00	3,47	64,87
Permaneceram no tratamento	38	6,4	27,15	16,51	5,83	22,22	86,83
Alta	22	3,5	12,60	5,74	3,40	12,87	22,47
Transferência	5	0,8	19,97	8,70	7,30	22,87	29,40
Óbito	2	0,3	13	3,49	10,53	13	15,47

5.3 PERFIL CLÍNICO

O perfil clínico das mulheres tabagistas é compreendido por comorbidades pré-existentes, tais como: ansiedade, depressão, hipertensão, gastrite, diabetes, úlcera gástrica e outras doenças, conforme é ilustrado na tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das variáveis clínicas, compreendidas no estudo.

Variáveis	n	%
Comorbidades		
Ansiedade	158	24,2
Depressão	154	23,6
Hipertensão	143	21,9
Gastrite	33	5,0
Diabetes	27	4,2
Úlcera gástrica	10	1,5
Outras doenças	306	46,7

As doenças clínicas e ou psiquiátricas mais comuns nas usuárias em estudo são: ansiedade, depressão e hipertensão arterial, ainda que muitas apresentem outros tipos de doenças.

5.4 GRAU DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA DE ACORDO COM O TESTE DE FAGERSTROM

O grau de dependência analisado pelo teste de Fagerstrom, demonstrou que as mulheres tabagistas apresentam, em sua grande maioria, o grau de dependência elevado [média do grau de dependência=6,2, (dp)=2,2], conforme pode ser visto na tabela 7.

Tabela 7. Grau de dependência

Variáveis	n	%
Grau de dependência		
Muito baixo	1	0,2
Baixo	8	1,3
Médio	20	3,0
Elevado	111	16,9
Muito elevado	514	78,5

5.5 GRAU DE MOTIVAÇÃO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO DE ACORDO COM O TESTE DE RICHMOND

O grau de motivação analisado pelo teste de Richmond, demonstrou que mais da metade das mulheres tabagistas apresentam grau de motivação moderado [média do grau de motivação = 8,6, (dp) = 1,5], conforme pode ser visto na tabela 8.

Tabela 8 – Grau de motivação

Variáveis	n	%
Grau de motivação		
Baixo	65	10,8
Moderado	309	51,5
Elevado	226	37,6

5.6 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E COMPORTAMENTAIS

Quando se analisou a associação entre as variáveis clínicas, comportamentais e sociodemográficas entre si, observou-se que as variáveis grau de motivação e tentativas anteriores de cessar o tabagismo ($p < 0,001$), faixa etária e influência de terceiros no início do hábito de fumar ($p < 0,05$) apresentaram significância estatística

Exercer as profissões/ocupações de serviços gerais, profissionais de saúde de nível médio, assistente administrativo e profissões de nível superior, apresentara associação estatisticamente significativa com a inserção no mercado de trabalho ($p < 0,001$), enquanto o desemprego estava associado as ocupações doméstica/diarista e comerciante ($p < 0,001$).

Ainda buscando a associação entre as variáveis clínicas, comportamentais e sociodemográficas, observou-se que as variáveis clínicas hipertensão ($p = 0,03$) e ansiedade ($p = 0,05$) estavam associadas positivamente à variável profissão/ocupação exercida.

A condição clínica depressão demonstrou associação significativa à variável situações em que as mulheres informaram fumar, observando-se que, das condições listadas no questionário e, portanto, disponíveis para escolha, somente fumar no trabalho e associado ao uso do álcool não estavam

significativamente associados com ter depressão, conforme demonstra os dados da tabela 9.

Tabela 9 - Associação das situações em que as mulheres fumam e depressão

Situações em que as mulheres fumam	Depressão		
	Média	DP	Valor de -p
Ao falar no telefone	4,36	2,72	0,04
Com café	4,28	2,67	0,02
Após refeições	4,20	2,63	0,05
Sentimento de tristeza	4,52	2,60	<0,01
Sentimento de alegria	4,55	2,60	<0,01
Ansiedade	4,32	2,63	<0,01
No trabalho	4,29	2,65	0,18
Com bebidas alcoólicas	4,14	2,56	0,73

5.7 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E COMPORTAMENTAIS COM O TEMPO DE PERMANÊNCIA NO TRATAMENTO

A fim de identificar a influência das características sociodemográficas, clínicas e comportamentais no tempo de permanência no tratamento para cessação do tabagismo, apenas as mulheres que receberam alta ou abandonaram o tratamento foram consideradas para análise, pois o percentual de mulheres que foram a óbito, transferidas ou ainda estão em tratamento foi inferior a 1%.

Quando se avaliou a associação entre as variáveis sociodemográficas e o tempo de permanência, observou-se que nenhuma das variáveis do estudo demonstrou associação estatisticamente significativa.

Ao avaliar a associação entre as variáveis comportamentais e o tempo de permanência, notou-se que as variáveis tentativas de cessar o tabagismo, idade de início do tabagismo, tempo de uso e convívio com tabagista não apresentaram associação estatisticamente significativa.

Quando se analisa o tempo de permanência das mulheres de acordo com ter parentes tabagistas ou não, observa-se que o tempo de permanência é maior entre as mulheres que possuem parentes tabagistas do que entre aquelas que não os possuem (tabela 10), associação estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Tabela 10 - Associação de ter parentes tabagistas com tempo de permanência

Possuir parentes tabagistas	Tempo de Permanência					Valor de -p
	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	Desvio Padrão	
Sim	272,1	0	141	2605	385,5	<0,01
Não	137,0	0	63,0	666,0	161,9	

Buscando identificar a relação entre o tempo de permanência e circunstâncias que levaram ao início do tabagismo, observou-se associação positiva ($p < 0,03$) com a variável considerar charmoso, estar na moda e a influência da propaganda como fatores que levaram ao início do hábito de fumar.

A fim de verificar a associação entre os motivos para cessar o tabagismo e o tempo de permanência, a variável cessação do tabagismo por motivos de saúde foi a única variável que obteve associação significativa ($p = 0,02$), conforme pode ser visto na tabela 11.

Tabela 11 - Motivos para cessar o tabagismo e tempo de permanência

Variáveis	Tempo de Permanência		
	Média (dias)	DP	Valor de -p
Motivos para cessar o tabagismo			
Por motivo de saúde	271,9	371,5	0,02
Melhorar condição de vida, cansaço	235,5	302,9	0,11
Mal hálito, rouquidão, tosse	241,0	316,8	0,52
Pela influência de outras pessoas	269,3	409,7	0,71
Porque necessita	204,8	400,4	0,93
Outros	246,1	261,8	0,15

No que diz respeito à relação das variáveis clínicas (doenças preexistentes) e o tempo de permanência, entre as condições mais citadas (hipertensão, diabetes, ansiedade, depressão, úlcera gástrica e gastrite), apenas depressão e hipertensão demonstraram associação estatisticamente significativa ($p=0,04$ e $p<0,01$), conforme a tabela 12 demonstra.

Tabela 12 – Variáveis clínicas e tempo de permanência

Variáveis	Tempo de Permanência		
	Média	DP	Valor de -p
Doenças preexistentes			
Hipertensão	226,6	312,8	0,04
Diabetes	235,1	313,6	0,67
Ansiedade	236,8	334,9	0,15
Depressão	226,4	331,6	<0,01
Úlcera gástrica	235,1	312,4	0,24
Gastrite	233,2	309,6	0,11

Não houve associação entre o tempo de permanência com o grau de motivação ($p=0,72$) e com o grau de

dependência da nicotina ($p=0,87$) com o tempo de permanência.

5.8 ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E COMPORTAMENTAIS COM O GRAU DE DEPENDÊNCIA (TESTE DE FAGERSTROM).

No que se refere à relação entre o estado civil e o grau de dependência, observou-se que 39% das mulheres casadas possuem um grau de dependência muito elevado. Para essa categoria também foi realizado a regressão logística, foi adotado “solteiro” como categoria de referência. Ambos, “casado” e “outros” (3/4 é composta de amasiadas) estão positivamente relacionados com o grau de dependência, conforme é ilustrado na tabela 13.

Tabela 13 - Estado civil com grau de dependência

Variáveis	Grau de dependência		Valor de -p
	OR	IC(95%)	
Estado Civil			
Solteira	1,00		
Divorciada	1,090	[0,976;1,217]	0,12
Casada	1,106	[1,016;1,205]	0,02
Viúva	0,994	[0,870;1,136]	0,92
Outras	1,245	[1,001;1,532]	0,03

Para analisar a relação do nível educacional e o grau de dependência foram realizadas regressões logísticas, conforme pode ser observada na tabela 14. Para a variável nível de escolaridade foi adotado nível superior completo como categoria de referência. Observou-se que os menores níveis de escolaridade estão associados positivamente com o grau de dependência.

Tabela 14 - Nível educacional e grau de dependência

Variáveis	Grau de dependência		Valor de -p
	OR	IC(95%)	
Nível Educacional			
Analfabeta	1,317	[1,039;1,670]	0,02
1º grau incompleto	1,221	[1,070;1,392]	<0,01
1º grau completo	1,135	[0,980;1,313]	0,09
2º grau incompleto	1,148	[0,992;1,329]	0,06
2º grau completo	1,063	[0,963;1,173]	0,22
Nível Superior incompleto	1,035	[0,905;1,183]	0,61
Nível Superior Completo	1,000		

Para analisar a relação entre número de filhos e grau de dependência, a primeira variável foi categorizada em: 0) nenhum filho, 1) um filho, 2) dois filhos, 3) mais de dois filhos. A tabela 15 mostra as frequências de cada combinação das duas variáveis. Porcentagens mais altas de grau de dependência muito baixo, baixo e médio são associadas a mulheres sem filhos, que também apresentam as menores proporções de grau de dependência elevado e muito elevado. A média e a mediana também refletem que mulheres sem filhos apresenta um grau de dependência de nicotina inferior. É possível notar que há uma associação positiva entre o grau de dependência e ter filhos ($p=0,02$), e que o intervalo de confiança mostrou que a diferença entre as médias populacionais tem probabilidade de 95% de ser encontrada no intervalo de 1,015 a 1,215.

Tabela 15 - Número de Filhos e Grau de Dependência (Fagerström)

Grau de Dependência	Número de Filhos			
	Nenhum	Um	Dois	Mais de dois
Muito baixo	9 (7,6%)	9 (5,8%)	12 (7,6%)	9 (6,9%)
Baixo	26 (22,0%)	21 (13,5%)	15 (9,5%)	21 (16,2%)
Médio	19 (16,1%)	14 (9,0%)	14 (8,9%)	9 (6,9%)
Elevado	31 (26,3%)	66 (42,3%)	69 (43,7%)	42 (32,3%)
Muito elevado	33 (28,0%)	46 (29,5%)	48 (30,4%)	49 (37,7%)
Média	5,8	6,3	6,3	6,4
Mediana	6	7	7	7

A fim de caracterizar a relação entre a idade de início do tabagismo com o grau de dependência, optou-se por categorizar a idade em “antes dos 18 anos” e “a partir dos 18 anos”, observou-se que a média do grau de dependência é de 6,5 entre as que iniciaram o tabagismo antes dos 18 anos e de 5,6 as que relataram ter iniciado a partir dos 18 anos, as medianas são respectivamente, 7 e 6. A figura 1 sustenta o maior grau de dependência das mulheres que iniciaram o hábito de fumar antes dos 18 anos, observando-se para essas uma distribuição mais assimétrica à esquerda. É possível observar através da regressão logística, que há uma associação positiva do grau de dependência com o início do tabagismo antes dos 18 anos ($p < 0,01$) e que o intervalo de confiança mostrou que a diferença entre as médias populacionais apresenta probabilidade de 95% de ser encontrada no intervalo 1,050 a 1,293.

Figura 1 - Grau de Dependência (Fagerström) entre pessoas que iniciaram o tabagismo antes ou a partir dos 18 anos

Entre os significados que o hábito de fumar tinha para as mulheres, constatou-se que níveis de dependência maiores estão associados positivamente com fumar é um grande prazer, fumar é muito saboroso e o cigarro te acalma, conforme apresentado na tabela 16.

Tabela 16 - Significado atribuído ao tabagismo e grau de dependência

Variáveis	Grau de dependência		
	OR	IC(95%)	Valor de -p
Significado atribuído ao tabagismo			
Fumar é um grande prazer	1,093	[1,017;1,174]	0,01
Fumar é muito saboroso	1,155	[1,056;1,264]	<0,01
O cigarro acalma	1,121	[1,039;1,210]	<0,01
Acha charmoso fumar	0,991	[0,835;1,177]	0,92
Acha que fumar emagrece	1,045	[0,925;1,181]	0,47

Com relação às situações que o cigarro está ligado ao dia-a-dia e o grau de dependência, por meio da tabela 17 foi identificado, que as situações em que o cigarro está ligado ao dia-a-dia, como: com café, após refeições, momentos de tristeza, momentos de alegria, momentos de ansiedade e no trabalho apresentam associação positiva com o grau de dependência, sendo que a única variável que não demonstrou associação estatisticamente significativa foi o uso de tabaco com o álcool.

Tabela 17 - Situações em que fuma e grau de dependência

Variáveis	Grau de dependência		
	OR	IC(95%)	Valor de -p
Situações em que fuma			
Ao falar no telefone	1,226	[1,134;1,325]	<0,01
Com café	1,184	[1,097;1,277]	<0,01
Após as refeições	1,142	[1,053;1,239]	<0,01
Sentimento de tristeza	1,153	[1,069;1,243]	<0,01
Sentimento de alegria	1,206	[1,118;1,301]	<0,01
Ansiedade	1,141	[1,051;1,239]	<0,01
No trabalho	1,182	[1,094;1,277]	<0,01
Com bebidas alcoólicas	1,018	[0,994;1,097]	0,64

No que se refere a relação entre o uso de substâncias psicoativas e o grau de dependência, de acordo com a tabela 18 encontrou-se associação positiva entre o grau de dependência muito elevado com o uso de tranquilizantes. Das participantes do estudo, 43,6% usavam tranquilizantes enquanto 29,4% não faziam uso.

Tabela 18 - Uso de outras substâncias psicoativas e grau de dependência

Variáveis	Grau de dependência		
	OR	IC(95%)	Valor de -p
Uso de outras substâncias psicoativas			
Álcool	0,964	[0,885;1,050]	0,39
Maconha	0,906	[0,726;1,131]	0,38
Cocaína	1,483	[0,836;2,629]	0,17
Crack	1,301	[0,710;2,383]	0,39
Anfetamina	0,973	[0,754;1,254]	0,83
Tranquilizantes	1,144	[1,018;1,284]	0,02

Discussão

6. Discussão

A média de idade das mulheres que procuram o serviço de saúde especializado na cessação do tabagismo é de 49 anos, idades semelhantes foram encontradas em outras duas pesquisas que também foram realizadas em serviços especializados^(68, 69), porém, em pesquisas realizadas em serviços de saúde geral, o perfil das mulheres é mais jovem.

A diferença na faixa etária provavelmente está relacionada ao principal motivo que as levou a procurar o serviço para cessação do tabagismo, pois a maioria relata procurar o serviço por motivos de saúde (63%), o que está interligado com o maior tempo de exposição à substância, e provavelmente as mulheres mais jovens sofram de menos agravos a saúde devido a um menor tempo de uso e, conseqüentemente, procuram menos os serviços especializados para cessação. Ou simplesmente porque as mulheres jovens não se reconhecem como dependentes, e não desejam cessar o tabagismo, pois querem permanecer obtendo o prazer em fumar⁽⁷⁸⁾.

A média da idade de início do tabagismo foi de 17 anos, observando-se que a menor idade de início foi de 5 anos, dados esses que são corroborados com outro estudo⁽⁷⁹⁾ de cunho qualitativo o qual encontrou que das 14 entrevistadas, três delas começaram a fumar entre 5 e 10 anos, nove entre 11 e 15 e duas entre 16 e 19 anos, demonstrando que a totalidade da amostra começou o hábito de fumar bem precoce. Somado a esse estudo, encontrou-se estudos quantitativos nacionais e internacionais que também demonstraram a associação do início do tabagismo em populações jovens⁽⁸⁰⁻⁸³⁾.

A precocidade do tabagismo pode ser entendida por várias facetas, pois a principal circunstância relacionada ao início desse hábito foi a influência de terceiros, achar charmoso, estar na moda e por incentivo de propaganda. Estudos^(83, 84) apresentam circunstâncias similares, mas acrescido a elas, também apresentam o ato de fumar como expressão de igualdade entre homens e mulheres⁽⁸⁴⁾.

As circunstâncias que levam à juvenilização do início do tabagismo são explicadas por meio da cultura existente da época em que o uso do tabaco era bem visto pela sociedade, sendo associado à liberdade, sinônimo de beleza e glamour, por meio de propagandas e filmes orquestrados pelo marketing do tabaco. Esse fato é corroborado com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que demonstram que 90% dos fumantes adquiriram esse hábito na adolescência devido à mídia tabagista. Somado a isso, naquela época, o tabaco era utilizado em larga escala em vários recintos públicos, fazendo parte do convívio social de grande parte da população, inclusive dos jovens.

Além da vivência muito grande com o tabaco em lugares públicos, metade da população (49%) relata convívio com fumantes em casa e 25% apresentam parentesco com tabagistas, o que é corroborado em outros estudos^(82, 85), nos quais o início precoce se deu por meio da presença de ao menos um dos pais fumantes, à exposição do fumo dentro de casa e à experimentação dos primeiros cigarros em casa, acendendo-os para familiares próximos.

O meio em que a mulher vive interfere de maneira significativa no início precoce e na relação estabelecida com o tabaco. O teste de Fagerstrom obteve associação com a idade de início precoce, pois quanto mais tempo as mulheres ficavam expostas ao tabaco, a relação estabelecida com ele se tornava

mais forte e consolidada, aumentando a significância do mesmo em suas vidas, o que demandava uso de recursos para parar de fumar e um maior tempo no tratamento para cessação do tabagismo.

Dentre as variáveis que interferiram no tempo de permanência do tratamento, a que mais se destacou foi procurar o tratamento de cessação do tabagismo por motivos de saúde, o que demonstrou que essas mulheres vão até o serviço de atenção primária, mas não são alvos de medidas de prevenção e tratamento para cessação do tabagismo pelos profissionais de saúde.

Atualmente as promessas de prazer proporcionadas pelo hábito de fumar, veiculadas pelas mensagens publicitárias da mídia tabagista, estão se sobrepondo as campanhas desenvolvidas pelos governos e pelas instituições internacionais de saúde⁽⁸⁶⁾, pois a indústria tabagista desenvolve marcas e estilos de cigarro que visam o público jovem e feminino, somado aos pontos específicos em que os maços de cigarro se localizam, na maioria das vezes, perto de doces e balas, os quais são consumidos em grande escala pelos jovens.

As políticas públicas brasileiras se mantêm ambíguas, pois há um fomento da produção do tabaco, via crédito bancário, e simultaneamente há o combate aos efeitos e riscos do consumo⁽⁸⁷⁾, por meio da proibição de propagandas pelos meios de comunicação, implantação de leis que visam ambientes livres do tabaco, aumento na quantidade dos programas para tratamento do tabagismo em serviços de saúde pública, impostos elevados e aumento do preço do cigarro.

O marketing da indústria tabagista esteve muito presente na população estudada, principalmente porque a proibição de

cigarro nos meios de comunicação apenas se deu no ano de 2000, período no qual as mulheres estudadas já haviam começado a fumar, e não havia recomendações e restrições contra o consumo do cigarro.

No Brasil, a política para o controle do tabaco vem apresentando resultados positivos, porém, esbarra em alguns limites de alcance populacional específico, o que exige propostas inovadoras que alcancem em especial, as populações femininas e os jovens, pois, mesmo com todas as mudanças nas leis tabagistas e políticas governamentais, estudo⁽⁸⁸⁾ tem demonstrado que no público jovem e feminino essas políticas públicas não têm surtido muito efeito, principalmente no que se refere às imagens aversivas ao cigarro.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cada vez mais, as mulheres estão iniciando o hábito de fumar mais precocemente, o que pode estar relacionado, além da ineficácia nos programas de prevenção e cessação do tabagismo, a uma possível automedicação para enfrentamento de mudanças, características dessa faixa etária, a fim de evitar o sofrimento psíquico.

De acordo com estudos^(89, 90), está havendo o aumento de transtornos mentais na população jovem, em especial nas jovens fumantes, em que se nota um aumento do nível de depressão quando comparado com as não fumantes, estabelecendo uma conexão entre o tabagismo e a depressão, pois a depressão está associada ao aumento da vulnerabilidade das propriedades de reforço e dependência da nicotina⁽⁵⁹⁾. Acrescido a esse fato, as situações em que as mulheres associam o hábito de fumar mais presentes no estudo são em momentos de ansiedade e tristeza, reforçando a

relação perigosa que o indivíduo estabelece com a substância, tornando mais difícil a abstenção da mesma.

A grande maioria das situações em que as mulheres fumam estava associada significativamente à depressão, com exceção de fumar no ambiente de trabalho e com bebidas alcoólicas, o que confirma a necessidade de um olhar criterioso para essa população que apresenta esse sofrimento psíquico, o qual interfere no grau de dependência e no tempo de permanência no serviço de cessação ao tabagismo.

Outro fator relacionado ao significado do hábito de fumar para mulheres é o uso de outras substâncias psicoativas, em que o álcool e tranquilizantes foram as mais utilizadas. Observando o mecanismo de ação dessas substâncias, pode-se associar esse uso como um substituidor para a relação que as mulheres instituíram com o tabagismo, as quais a grande maioria relatou que o cigarro traz sensações prazerosas e de calma.

Essas sensações são corroboradas em outros estudos^(78,79,84), somado ao significado conferido ao cigarro de companheiro e fonte de prazer⁽⁷⁹⁾. Notou-se também que o uso de tranquilizante apresentou associação significativa com o grau de dependência, demonstrando um fator de desgaste no uso concomitante de tabaco e tranquilizante.

Quanto à escolaridade, foi possível perceber, que mais da metade (58%) das respondentes possui pelo menos o Ensino Médio completo, demonstrando que as mulheres que procuram os serviços de saúde possuem um bom nível escolar. Por outro lado, há uma prevalência do tabagismo entre os segmentos mais empobrecidos da população mundial, gerando uma forte correlação entre o consumo de cigarro entre as pessoas com baixa renda e menor acesso à educação formal^(91, 92).

Esses apontamentos são corroborados com dados de pesquisa brasileira⁽⁹³⁾ que evidenciou, dentre outros, que indivíduos com baixo nível educacional têm probabilidade cinco vezes maior de serem fumantes do que indivíduos com um bom nível educacional. Esse fato também ocorre na população jovem, o que de acordo com estudos^(91, 92, 94), adolescentes de níveis socioeconômicos menos favorecidos e com baixa escolaridade têm maior chance de iniciar o hábito de fumar e fazer uso do tabaco de forma mais intensa, pois o utiliza como forma de relaxamento.

A grande maioria das respondentes que chegam ao serviço é composta por mulheres com alto nível educacional, o que, de acordo com estudo⁽⁹⁵⁾, deve-se ao fato de que essas mulheres pertencem a classes sociais mais altas e sofrem influência da pressão exercida pela sociedade para o abandono do hábito de fumar devido aos prejuízos que o mesmo acarreta à saúde, fazendo com que as mesmas procurem mais os serviços de cessação ao tabagismo.

Mulheres com baixo nível educacional e menor nível social, apresentam menor taxa de abandono do tabaco⁽⁹⁵⁾, o que pode estar relacionado ao fato de que elas não chegam ao serviço de saúde, mas necessitam de atenção especial, porque são consideradas pela literatura as mais vulneráveis ao tabagismo, pois vivem em contextos de vulnerabilidade social.

Frequentemente mulheres com nível socioeconômico baixo apresentam múltiplas barreiras para participação desses programas de cessação de tabagismo. Esse fato deve-se a alguns fatores sociais, os quais se destacam o menor acesso à informação, à educação e à assistência à saúde entre as classes populares. Esse último pode ser caracterizado pela dificuldade no transporte para chegar ao serviço, tempo de deslocamento, custo e não ter com quem deixar os filhos.

A maioria das mulheres deste estudo está empregada, 54,9% trabalhavam e 12% eram aposentadas, o que reforça o padrão de um perfil socioeconômico mais elevado da população que procura o serviço de cessação do tabagismo. Porém, o fato de possuírem empregos pode estar relacionado ao aumento da taxa do tabagismo e à dificuldade em cessá-lo, pois, de acordo com estudos⁽⁷¹⁾ (39, 96-98), as mulheres que trabalham têm mais dificuldades em cessar esse hábito devido ao ambiente no qual estão inseridas que, muitas vezes, é composto por longas jornadas de trabalho, pouca flexibilidade, baixo remuneração, pouca estabilidade, e aumento do nível de stress.

O desemprego⁽⁹⁹⁾ pode remover barreiras para cessação do tabagismo, pois as mulheres que ficam mais tempo em casa sentem-se particularmente mais motivadas a cessar o hábito de fumar devido à preocupação com o fumo passivo, principalmente em relação aos filhos, o que pode muitas vezes ajudar na cessação, constituindo um fator de proteção. É importante ressaltar esse dado, pois 79% das participantes do estudo têm filhos, o que pode servir como um fator de motivação para cessação do tabagismo.

Outro fator preocupante encontrado neste estudo é que o grau de dependência tem associação positiva com o baixo nível de escolaridade, o que corrobora com estudo⁽⁷⁰⁾, o qual relata que normalmente as mulheres com baixo nível educacional fumam uma quantidade maior de cigarro, frequência essa que interfere no grau de dependência, muitas vezes aumentando-o, o que acentua a urgência de atendimento a essa população e a necessidade de instituir meios para que ela chegue até o serviço.

O tempo de uso do tabaco também apresentou associação positiva com o grau de dependência, demonstrando

que quanto maior for o tempo de exposição à nicotina, maior será o grau de dependência e, conseqüentemente, as mulheres apresentarão uma maior dificuldade em cessar o tabagismo.

Além do grau de dependência a nicotina estar associado com o tempo de uso do tabaco, encontrou-se também que o aumento do grau de dependência está relacionado com o uso de recursos para cessação do tabagismo, dentre eles o mais utilizado foi reposição de nicotina e medicamento não nicotínico, porém uma porcentagem considerável (40%) das mulheres nunca fizeram uso de recursos para cessação, o que pressupõe-se que as mesmas não tiveram tratamentos assistidos oferecidos pelos serviços de saúde, o que gera um maior insucesso na tentativa de cessar o tabagismo.

No presente estudo observou-se que a maioria (79%) das mulheres já tentaram cessar o tabagismo alguma vez na vida, e que há uma relação de mulheres que tem parentes tabagistas com um maior tempo de permanência no tratamento. Essa relação pode ser um dificultador na continuidade do tratamento, pois conviver com parente próximo tabagista aumenta o estímulo da vontade de fumar, pois frequentemente essas mulheres estarão expostas ao tabaco, aumentando a possibilidade de recaída. Esse fato pode interferir na alta taxa de abandono do tratamento (89%), e esse pode estar associado a uma incompreensão das reais necessidades dessas mulheres por parte dos profissionais de saúde e serviços oferecidos a essa população.

O presente estudo apresenta limitações que compreendem a elaboração do questionário, pois esse foi elaborado pelo serviço de saúde onde a pesquisa foi realizada, os profissionais que aplicavam o questionário, pois havia uma diversidade muito grande de profissionais, o que acarretava

diferentes formas de abordagem e preenchimento do questionário, a falta de informação nos prontuários das mulheres que estavam gestantes e o grande número de mulheres que abandonaram o tratamento. Apesar dos fatos apresentados, esse estudo contribui significativamente para abordagem do tratamento do tabagismo feminino destacando a necessidade de estudos rigorosos que explorem essa temática tão pouco estudada atualmente.

Esse estudo tem destacado algumas implicações importantes para a prática clínica e uma educação futura para profissionais que atendem esse público diariamente em diferentes serviços de saúde. Uma vez que identifica o perfil das mulheres que buscam atendimento em serviços especializados em cessação do tabagismo, abrindo novas perspectivas de pesquisa, visando além de adequar às estratégias de tratamento a essa população identificada, investigar e propor ações que visem rastrear e intervir junto aquelas mulheres que não foram identificadas e também compõem o grupo de tabagistas.

Os dados do presente estudo chamam atenção para um olhar cuidadoso à saúde da mulher, considerando-se aspectos sociodemográficos, clínicos e comportamentais, pois essas mulheres apresentam situações e necessidades específicas. Por meio desse olhar, sugere-se o fortalecimento de equipamentos sociais a fim de identificar as mulheres que não chegam ao serviço, como os serviços de atenção primária a saúde que permitem o contato próximo a população, como uma possibilidade de olhar sensível para as mulheres. Esses serviços podem auxiliá-las na busca de estratégias de enfrentamento a esse hábito e na prevenção de problemas relacionados ao uso do tabaco.

Conclusões

7. CONCLUSÕES

O perfil sociodemográfico, clínico e comportamental das mulheres tabagistas atendidas em um serviço especializado da cidade de São Paulo foi predominantemente de mulheres solteiras; com alto nível educacional; inseridas no mercado de trabalho, que apresentavam critérios diagnósticos de depressão, ansiedade e hipertensão, atribuíam ao ato de fumar a sensação de prazer e calma e procuram serviços de cessação do tabagismo por motivos de saúde.

Existe associação entre algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais. A faixa etária da mulher demonstrou associação significativa com as circunstâncias apontadas pelo início do uso, e também com a variável possuir parentes próximos que faziam o uso do tabaco; o grau de depressão demonstrou associação com sentimentos de tristeza e ansiedade.

Ter iniciado o uso do tabaco por considerar o ato charmoso, estar na moda e por influência da propaganda, apresentar critérios de depressão e hipertensão e ter parentes tabagistas estavam positivamente associados ao maior tempo de permanência no serviço de saúde.

O grau de dependência demonstrou estar positivamente associado com o tempo de uso da substância, com tentativas assistidas anteriores para cessar o tabagismo, nível educacional, idade de início do tabagismo, significado atribuído pelas mulheres para o uso do tabaco e ao uso de tranquilizantes.

Não se conseguiu verificar a associação entre as variáveis do estudo com o desfecho do tratamento porque a

grande maioria das participantes do estudo abandonaram o tratamento, impossibilitando a relação com os outros desfechos (alta, óbito e transferência).

Publicações sobre esse fenômeno são escassas no Brasil e no mundo. O estudo apresenta evidências que podem contribuir para proposição de estratégias na prática clínica da cessação do tabagismo feminino, uma vez que identifica o perfil daquelas mulheres que buscam por tratamento, sugerindo também o perfil daquelas que não estão chegando ao serviço, quer por serem consideradas mais vulneráveis para o tabagismo, e/ou por não estarem sendo sensibilizadas pelas campanhas antitabágicas, o que reflete no não desejo da mulher em abandonar o hábito de fumar.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Boeira SL, Guivant JS. Indústria de tabaco, tabagismo e meio ambiente: as redes ante os riscos. Cadernos de Ciência & Tecnologia. 2003;20(1):45-78.
2. Rosemberg J, Rosemberg AMA, Moraes MA. Nicotina: Droga Universal. Available from: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>.
3. Vargas MA, Campos RR. Crop substitution and diversification strategies: empirical evidence from selected Brazilian municipalities. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction Development, The World Bank. 2005.
4. Instituto Nacional do Câncer. Legislação Federal vigente sobre tabaco no Brasil. Rio de Janeiro. Available from: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/economia/leisfederais.pdf>.
5. Health in the Americas. Washington 2002. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16930&Itemid=.
6. Campaign for Tobacco Free Kids & Action On Smoking And Health (Ash). Confíe en nosotros. Somos la industria tabacalera. Washington, London 2001.
7. WHO report on the global tobacco epidemic - warning about the dangers of tobacco 2011. Available from: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en.
8. Carlini ELdA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001 –; Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD-Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional 2002. Available from:

http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil/part_e_1.pdf.

9. Carlini ELdA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas no Brasil – 2005. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional 2006.
10. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. VIGITEL, Brasil 2010. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília 2011.
11. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios 2009.
12. Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PP, Silva VL. Prevalence of smoking among adults residing in the Federal District of Brasilia and in the state capitals of Brazil, 2008. J Bras Pneumol. 2010;36(1):75-83.
13. Otero M. Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. Trastornos adictivos. 2004;6(2):113-24.
14. Borges MTT, Barbosa RHS. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14:1129-39.
15. Farrelly MC, Pechacek TF, Thomas KY, Nelson D. The impact of tobacco control programs on adult smoking. Am J Public Health. 2008;98(2):304-9.
16. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). Bull World Health Organ. 2007;85(7):527-34.
17. Warren CW, Lea V, Lee J, Jones NR, Asma S, McKenna M. Change in tobacco use among 13-15 year olds between 1999 and 2008: findings from the Global Youth Tobacco Survey. Glob Health Promot. 2009;16(2 Suppl):38-90.

18. World Health Organization; South - East Europe Health Network. Reversing the tobacco epidemic. Saving lives in south eastern Europe. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe 2008.
19. Poole N, Greaves L, Cormier RA. Integrating treatment for tobacco and other addictions at the Aurora Centre of the British Columbia Womens Hospital and Health Centre. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*. 2003;35(1):123-34.
20. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. *MMWR Surveill Summ*. 2008;57(4):1-131.
21. Carlini-Cotrim B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(6):636-45.
22. Machado Neto AdS, Andrade TM, Napoli C, Abdon LCSdL, Garcia MR, Bastos FI. Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2010;36:674-82.
23. Carvajal SC, Wiatrek DE, Evans RI, Knee CR, Nash SG. Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *J Adolesc Health*. 2000;27(4):255-65.
24. Gritz ER, Prokhorov AV, Hudmon KS, Mullin Jones M, Rosenblum C, Chang CC, et al. Predictors of susceptibility to smoking and ever smoking: a longitudinal study in a triethnic sample of adolescents. *Nicotine Tob Res*. 2003;5(4):493-506.
25. Graña J, Marinho M, Caballo V. Análise dos fatores de risco e de proteção para o consumo de drogas em adolescentes. *Psicologia clínica e da saúde Londrina: UEL*. 2001:55-75.

26. Silva MP, Silva RM, Botelho C. Factors associated with cigarette experimentation among adolescents. *J Bras Pneumol*. 2008;34(11):927-35.
27. Chávez LMC, Andrade Dd. La escuela básica en la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. *Rev latinoam enferm*. 2005;13(esp):784-9.
28. Gomide P, Marinho M, Caballo V. Efeitos das práticas educativas no desenvolvimento do comportamento anti-social. *Psicologia clínica e da saúde*. 2001:33-53.
29. Silveira FG, Bertasso B, de Magalhães LCG. Tipologia Socioeconômica das Famílias das Grandes Regiões Urbanas Brasileiras e seu perfil de gastos: Ipea; 2003.
30. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):1-7.
31. Eriksen M, Mackay J, Ross H, Shafey O. The Tobacco Atlas. Mexico 2009. Available from: <http://www.worldlungfoundation.org/ht/a/GetDocumentAction/i/10792>.
32. Jha P, Chaloupka F. A epidemia do tabagismo: os governos e os aspectos econômicos do controle do tabaco. A epidemia do tabagismo: os governos e os aspectos econômicos do controle do tabaco. 2000.
33. Instituto Nacional de Câncer (Inca). Abordagem e tratamentodo fumante - consenso 2001. . Rio de Janeiro2001
34. Chuang YC, Cubbin C, Ahn D, Winkleby MA. Effects of neighbourhood socioeconomic status and convenience store concentration on individual level smoking. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(7):568-73.
35. Dragano N, Bobak M, Wege N, Peasey A, Verde PE, Kubinova R, et al. Neighbourhood socioeconomic status and cardiovascular risk factors: a multilevel analysis of nine cities in

the Czech Republic and Germany. *BMC Public Health*. 2007;7:255.

36. Najman JM, Toloo G, Siskind V. Socioeconomic disadvantage and changes in health risk behaviours in Australia: 1989-90 to 2001. *Bull World Health Organ*. 2006;84(12):976-84.

37. Lallukka T, Lahelma E, Rahkonen O, Roos E, Laaksonen E, Martikainen P, et al. Associations of job strain and working overtime with adverse health behaviors and obesity: evidence from the Whitehall II Study, Helsinki Health Study, and the Japanese Civil Servants Study. *Soc Sci Med*. 2008;66(8):1681-98.

38. Radi S, Ostry A, Lamontagne AD. Job stress and other working conditions: Relationships with smoking behaviors in a representative sample of working Australians. *Am J Ind Med*. 2007;50(8):584-96.

39. Fagan P, Shavers V, Lawrence D, Gibson JT, Ponder P. Cigarette smoking and quitting behaviors among unemployed adults in the United States. *Nicotine Tob Res*. 2007;9(2):241-8.

40. Weden MM, Astone NM, Bishai D. Racial, ethnic, and gender differences in smoking cessation associated with employment and joblessness through young adulthood in the US. *Soc Sci Med*. 2006;62(2):303-16.

41. Berlin I, Singleton EG, Pedarriosse AM, Lancrenon S, Rames A, Aubin HJ, et al. The Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction*. 2003;98(11):1575-83.

42. Rowe K, Macleod Clark J. Why nurses smoke: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2000;37(2):173-81.

43. Mackay J, Amos A. Invited review series: Tobacco and lung health - Women and tobacco. *Respirology*. 2003;8(2):123-30.

44. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Medicine*. 2006;3(11).
45. Health Canada. (2001). Canadian Tobacco Use Monitoring Survey : Results for 2001. Ottawa: Government of Canada 2001.
46. Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y. Gender differences in quit rates following smoking cessation with combination nicotine therapy: influence of baseline smoking behavior. *Nicotine Tob Res*. 2003;5(1):111-6.
47. Ferguson JA, Patten CA, Schroeder DR, Offord KP, Eberman KM, Hurt RD. Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addict Behav*. 2003;28(7):1203-18.
48. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tob Control*. 2001;10(2):165-9.
49. Osler M, Prescott E, Godtfredsen N, Hein HO, Schnohr P. Gender and determinants of smoking cessation: a longitudinal study. *Prev Med*. 1999;29(1):57-62.
50. Wetter DW, Kenford SL, Smith SS, Fiore MC, Jorenby DE, Baker TB. Gender differences in smoking cessation. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(4):555-62.
51. Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clin Pharmacol Ther*. 2008;83(4):531-41.
52. Organization WH. 10 facts on gender and tobacco. Geneve 2010. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/gender_tobacco/en/index.html.
53. Benowitz NL, Lessov-Schlaggar CN, Swan GE, Jacob P, 3rd. Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. *Clin Pharmacol Ther*. 2006;79(5):480-8.

54. Carpenter MJ, Saladin ME, Leinbach AS, Larowe SD, Upadhyaya HP. Menstrual phase effects on smoking cessation: a pilot feasibility study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17(2):293-301.
55. Franklin TR, Ehrman R, Lynch KG, Harper D, Sciortino N, O'Brien CP, et al. Menstrual cycle phase at quit date predicts smoking status in an NRT treatment trial: a retrospective analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17(2):287-92.
56. Perkins KA, Donny E, Caggiula AR. Sex differences in nicotine effects and self-administration: review of human and animal evidence. *Nicotine Tob Res*. 1999;1(4):301-15.
57. Perkins KA, Scott J. Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. *Nicotine Tob Res*. 2008;10(7):1245-50.
58. Leung DY, Chan SS, Fu IC, Lam TH. Knowledge, attitudes and practices regarding smoking cessation among Chinese affiliates of women's organisations in Hong Kong. *Health Soc Care Community*. 2011;19(2):207-16.
59. Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med*. 2010;362(24):2295-303.
60. Raw M, Laranjeira R. Prevenção da dependência da nicotina: uma prioridade de saúde pública. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2001;23(1):7-8.
61. Araújo AJd, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAdA, Silva CARd, et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2004;30:S1-S76.
62. Chellini E, Gorini G, Gasparrini A, Grazzini G, Iossa A, Martellucci PM, et al. Cervical cancer screening visit as an occasion for counseling female smokers to quit. *Tumori*. 2012;98(1):27-32.
63. Chellini E, Gorini G, Carreras G, Giordano L, Anghinoni E, Iossa A, et al. The Pap smear screening as an occasion for smoking cessation and physical activity counselling: baseline

characteristics of women involved in the SPRINT randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2011;11:906.

64. McClure JB, Westbrook E, Curry SJ, Wetter DW. Proactive, motivationally enhanced smoking cessation counseling among women with elevated cervical cancer risk. *Nicotine Tob Res*. 2005;7(6):881-9.

65. Glasgow RE, Whitlock EP, Eakin EG, Lichtenstein E. A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics. *Am J Public Health*. 2000;90(5):786-9.

66. Manfredi C, Crittenden KS, Warnecke R, Engler J, Cho YI, Shaligram C. Evaluation of a motivational smoking cessation intervention for women in public health clinics. *Preventive Medicine*. 1999;28(1):51-60.

67. Buchanan L, Likness S. Evidence-based practice to assist women in hospital settings to quit smoking and reduce cardiovascular disease risk. *J Cardiovasc Nurs*. 2008;23(5):397-406.

68. Sherman SE, Fu SS, Joseph AM, Lanto AB, Yano EM. Gender differences in smoking cessation services received among veterans. *Womens Health Issues*. 2005;15(3):126-33.

69. Farmer MM, Rose DE, Riopelle D, Lanto AB, Yano EM. Gender Differences in Smoking and Smoking Cessation Treatment: An Examination of the Organizational Features Related to Care. *Womens Health Issues*. 2011;21(4):S182-S9.

70. O'Hara P. A comparison of younger-aged and older-aged women in a behavioral self-control smoking program. *Patient Education and Counseling*. 1994;23(2):91-6.

71. Burgess DJ, Fu SS, Noorbaloochi S, Clothier BA, Ricards J, Widome R, et al. Employment, gender, and smoking cessation outcomes in low-income smokers using nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res*. 2009;11(12):1439-47.

72. Turner LR, Morera OF, Johnson TP, Crittenden KS, Freels S, Parsons J, et al. Examining the effectiveness of a community-based self-help program to increase women's readiness for smoking cessation. *American journal of community psychology*. 2001;29(3):465-91.
73. Bensenor IM, Lotufo P. *Epidemiologia - Abordagem Prática*. 2 ed 2011.
74. DiFranza JR, Wellman RJ, Savageau JA, Beccia A, Ursprung W, McMillen R. What Aspect of Dependence Does the Fagerström Test for Nicotine Dependence Measure? *ISRN Addiction*. 2012;2013.
75. da Graça Castro M, da Silva Oliveira M, de Moraes JFD, Miguel AC, Araujo RB. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. *Revista de Psiquiatria clínica*. 2007;34(2):61-7.
76. Carmo J, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med*. 2002;59(1/2):73-80.
77. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993;88(8):1127-35.
78. Spiandorello WP, Filippini LZ, Dal Pizzol A, Kreische F, Soligo DS, Spiandorello T, et al. Avaliação da participação de pequeno número de estudantes universitários em um programa de tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2007;33(1):69-75.
79. Borges MTT, Simões-Barbosa RH. Cigarro "companheiro": o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero Cigarette as "companion": a critical gender approach to women's smoking. *Cad Saude Publica*. 2008;24(12):2834-42.

80. de Andrade APA, Bernardo ACC, Viegas CAdA, Ferreira DBL, Gomes TC, Sales MR. Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. J Bras Pneumol. 2006;32(1):23-8.
81. Oliveira HF, Martins LC, Reato LdF, Akerman M. Fatores de risco para uso do tabaco em adolescentes de duas escolas do município de Santo André, São Paulo. Rev Paul Pediatr. 2010;28(2):200-7.
82. Danjoy León D, Ferreira PS, Pillon SC. Knowledge and practice regarding tobacco use among pharmacy undergraduate students in Lima, Peru. Revista latino-americana de enfermagem. 2010;18(SPE):582-8.
83. da Silva Eckerd N, Corradi-Webster CM. Sentidos sobre o hábito de fumar para mulheres participantes de grupo de tabagistas. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2010;18(spe):641-7.
84. Martínez JAS, de Oliveira Ribeiro CR. Em busca da igualdade: representações do ato de fumar em mulheres adolescentes. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2008;16(spe):640-5.
85. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cadernos de Saúde Pública. 2002;18:S103-S12.
86. Kovacs MH, De Farias SA, De Oliveira CR. Percepções de risco no prazer de fumar: uma investigação sob a ótica do comportamento do consumidor. Revista de Administração Mackenzie. 2008;5(2).
87. Boeira S, Johns P. Indústria de Tabaco vs. Organização Mundial de Saúde: um confronto histórico entre redes sociais de stakeholders. Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis. 2008;4(1):1-25.
88. Souza ASd, Campos CJG. Imagens aversivas veiculadas nos maços de cigarros: Significados atribuídos por

universitários da área da saúde de uma universidade pública estatal. SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. 2011;7(1):38-44.

89. McCaffery JM, Papandonatos GD, Stanton C, Lloyd-Richardson EE, Niaura R. Depressive symptoms and cigarette smoking in twins from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. Health Psychology. 2008;27(3S):S207.

90. Park S, Weaver TE, Romer D. Predictors of the transition from experimental to daily smoking among adolescents in the United States. Journal for Specialists in Pediatric Nursing. 2009;14(2):102-11.

91. da Silva Pinto D, Ribeiro SA. Variáveis relacionadas à iniciação do tabagismo entre estudantes do ensino médio de escola pública e particular na cidade de Belém-PA. J Bras Pneumol. 2007;33(5):558-64.

92. Souza DP, Silveira Filho DXd. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. Rev bras epidemiol. 2007;10(2):276-87.

93. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva 2014. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>.

94. Pasqualotto AC, Pasqualotto GC, Santos RPd, Segat FM, Guillande S, Benvegnú LA. Relação entre o adolescente eo tabaco: estudo de fatores sócio-demográficos de escolares em Santa Maria, RS. Pediatria. 2002;24(1/2):11-6.

95. Paul CL, Ross S, Bryant J, Hill W, Bonevski B, Keevy N. The social context of smoking: a qualitative study comparing smokers of high versus low socioeconomic position. BMC Public Health. 2010;10(1):211.

96. Barbeau EM, Krieger N, Soobader M-J. Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. *American Journal of Public Health*. 2004;94(2):269-78.
97. Lindström M. Psychosocial work conditions, social capital, and daily smoking: a population based study. *Tobacco control*. 2004;13(3):289-95.
98. Öhlander E, Vikström M, Lindström M, Sundquist K. Neighbourhood non-employment and daily smoking: a population-based study of women and men in Sweden. *The European Journal of Public Health*. 2006;16(1):78-84.
99. Jun H-J, Acevedo-Garcia D. The effect of single motherhood on smoking by socioeconomic status and race/ethnicity. *Social Science & Medicine*. 2007;65(4):653-66.

Anexos

ANEXOS

ENTREVISTA DO PROGRAMA DE ATENÇÃO AO DEPENDENTE DE NICOTINA

Grupo 4 Sessões

Data: __/__/__

Matrícula: _____

ENTREVISTA

I – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____

CPF: _____ RG: _____

Nome da mãe: _____

Sexo: () **1.** Feminino **2.** Masculino Data Nasc.: _____

Idade: ____ anos

Há quantos anos fuma? _____

Naturalidade (LOCAL): _____ Nacionalidade: _____

Endereço residencial: _____

Bairro: _____ CEP: _____-____ Cidade: _____

Estado: _____ Tel. Cel.: _____ Tel. Res.: _____

Condição atual de trabalho: () **1.** Empregado **2.** Desempregado **3.** AposentadoFuncionário público: () **1.** Não **2.** Sim Secretária: _____

Local de trabalho: _____

Endereço de trabalho: _____ Tel. Com.: _____

E-mail: _____

Profissão: _____ Função: _____

Estado civil: () **1.** Solteiro **2.** Divorciado **3.** Separado **4.** Casado **5.** Viúvo
6. Outros _____

Nº de filhos: _____ E-mail: _____

II – ESCOLARIDADE ()

1. Analfabeto	5. 2º grau completo
2. 1º grau incompleto	6. Nível superior incompleto
3. 1º grau completo	7. Nível superior completo
4. 2º grau incompleto	8. Outros _____

III – DADOS DE ENCAMINHAMENTO ()

1. Procura voluntária	4. Pelo 0800 (maço de cigarro)
2. Médico/clínica particular	5. Pela Internet
3. Amigo/colega de trabalho	6. Outros: _____

IV – CONDIÇÃO DE MORADIA: ()

1. Casa
2. Apartamento
3. Quarto

4. Albergue
5. Outros: _____

V – HISTÓRIA TABÁGICA

1. Já tentou parar de fumar? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não (seguir para pergunta nº 3)

2. Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?

- ☐ 1. Nenhum
- ☐ 2. Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais, entre outros
- ☐ 3. Apoio de profissional de saúde
- ☐ 4. Reposição de nicotina (goma, adesivo): _____
- ☐ 5. Medicamento não-nicotínico – Sublinhe
(ex.: Welbutrin, Zyban, Zetron = Bupropiona / Pamelor = Nortriptilina)
- ☐ 6. Outros: _____

3. Sublinhe em quais das situações o cigarro está associado no seu dia-a-dia:

ao falar ao telefone, com café, após refeições, tristeza, alegria, ansiedade, no trabalho, com bebidas alcoólicas, nenhum, outros: _____

4. Sublinhe o que for verdadeiro:

Fumar é um grande prazer, Fumar é muito saboroso, O cigarro te acalma, Acha charmoso fumar, Você fuma porque acha que fumar emagrece, Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos

5. Você convive com fumantes em sua casa? 1. () Sim 2. () Não

VI – GRAU DE MOTIVAÇÃO

1. Gostaria de parar de fumar se pudesse fazê-lo facilmente?

Sim (1) Não (0)

2. Você quer realmente parar de fumar?

Não (0) Um pouco (1) Bastante (2) Muito (3)

3. Você pensa conseguir parar de fumar nas 2 próximas semanas?

Não (0) Tenho dúvida (1) Provavelmente (2) Sim (3)

4. Você pensa ser um ex-fumante dentro de 6 meses?

Não (0) Tenho dúvida (1) Provavelmente (2) Sim (3)

Total de pontos: _____

VII – COMORBIDADE:

Perguntas referentes às duas últimas semanas		
1. Teve pouco interesse ou prazer em realizar suas atividades habituais?	() Não	() Sim
2. Sentiu-se deprimido, triste ou sem esperanças?	() Não	() Sim
3. Teve dificuldades para dormir ou está dormindo demais?	() Não	() Sim
4. Teve pouco apetite ou está comendo demais?	() Não	() Sim
5. Sente-se mal consigo mesmo, acha que é fracassado ou atrapalha sua família?	() Não	() Sim
6. Teve dificuldade para se concentrar e não consegue ler jornal ou ver televisão?	() Não	() Sim
7. Tem falado tão pouco ou estado tão quieto ou, pelo contrário, falado tanto ou estado tão agitado que outras pessoas tenham percebido?	() Não	() Sim
8. Tem estado muito cansado ou fraco, como se estivesse sem energias?	() Não	() Sim
9. Tem tido pensamentos de que seja bom morrer ou se machucar?	() Não	() Sim

JOGO: Tem o hábito de fazer apostas ou jogar? () não () sim
Qual o jogo e a frequência das apostas? _____

FAZ USO DE:

	NÃO	SIM	Quantidade	Quantas	Há
				vezes por dia/semana	quanto tempo?
Alcool					
Maconha					
Cocaína					
Crack					
Anfetaminas					
Tranquilizante					

VIII – TESTE DE FAGERSTRÖM

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos (3)

Entre 6 e 30 minutos (2)

Entre 31 e 60 minutos (1)

Após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, cinemas, etc.?

Sim (1) Não (0)

3. Qual o cigarro do dia mais difícil de largar ou de não fumar (que traz mais satisfação)?

O primeiro (1) Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

31 ou mais (3)

21 a 30 (2)

11 a 20 (1)

10 ou menos (0)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

Sim (1) Não (0)

6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim (1) Não (0)

Grau de dependência: ____ PONTOS

0 – 2 pontos = muito baixo

3 – 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 – 7 pontos = elevado

8 – 10 pontos = muito elevado