

**Analice de Paula Gigliotti**

**HÁBITOS, ATITUDES E CRENÇAS DE FUMANTES  
EM QUATRO CAPITAIS BRASILEIRAS:  
uma comparação com 17 países europeus**

Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo – Escola Paulista de Medicina,  
para obtenção do Título de Mestre em  
Psiquiatria.

São Paulo

2002

**Analice de Paula Gigliotti**

**HÁBITOS, ATITUDES E CRENÇAS DE FUMANTES  
EM QUATRO CAPITAIS BRASILEIRAS:  
uma comparação com 17 países europeus**

Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo – Escola Paulista de Medicina,  
para obtenção do Título de Mestre em  
Psiquiatria.

Orientador: Ronaldo Laranjeira

São Paulo

2002

Gigliotti, Analice de Paula

**Hábitos, atitudes e crenças de fumantes em quatro capitais brasileiras:** uma comparação com 17 países europeus / Analice de Paula Gigliotti.-- São Paulo, 2002.

xii, 114 f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria.

Título em inglês: Smokers habits, attitudes and beliefs in four Brazilian cities: a comparison with 17 European countries

1. Transtorno por uso de tabaco. 2. Tabaco. 3. Nicotina. 4. Saúde pública. 5. Coleta de dados.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

**ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA**

Chefe do Departamento: Sergio Luis Play

Coordenador do Curso de Pós-Graduação: Miguel Roberto Jorge

**Analice de Paula Gigliotti**

**HÁBITOS, ATITUDES E CRENÇAS DE FUMANTES  
EM QUATRO CAPITAIS BRASILEIRAS:  
uma comparação com 17 países europeus**

Presidente da banca: Prof. Dr. \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **Dedicatória**

A meu pai, Antonio Carlos Gigliotti, que me ensinou a ser médica;

e à minha mãe, Lupe Gigliotti, que, presente ou ausente, está sempre me incentivando.

## **Agradecimentos**

A Ronaldo Laranjeira, que, mais que um orientador, é um amigo.

A Oriene Pavan, que, de tanto revisar esta tese, quase passou de editora a especialista em tabaco.

A Fatima Vasconcellos, por tantas ajudas, que, se eu fosse enumerar, teria de escrever outra tese.

A Edson José Biondi, pelo inestimável apoio que vem dando à minha formação acadêmica.

A Ricardo Meirelles, que foi incansável a prestar esclarecimentos.

A Antonio Olibone, sem cuja ajuda eu jamais teria feito esta tese.

A Elizabeth Carneiro, pelo eterno companheirismo e incentivo.

A Sabrina Presman, por sua dedicação e competência, tão importantes na minha vida.

A Jorge Alberto Costa e Silva, que, ao me convidar para chefiar o Setor de Dependência de Nicotina da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, possibilitou que eu encontrasse meu verdadeiro caminho profissional.

Ao Dr. Wilson Mirza, que me ensinou o significado de gratidão.

## Sumário

Dedicatória .....	v
Agradecimentos .....	vi
Lista de figuras .....	ix
Lista de tabelas .....	x
Lista de abreviaturas .....	xi
Resumo .....	xii
1 INTRODUÇÃO .....	1
1.1 Objetivo geral .....	2
1.2 Objetivos específicos .....	2
1.3 Justificativa .....	3
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	4
2.1 Malefícios do fumo .....	4
2.2 O consumo de cigarros .....	6
2.3 A dependência de nicotina .....	8
2.4 O desenvolvimento da dependência .....	11
2.5 A importância de parar de fumar .....	11
2.6 Políticas mundiais de controle do tabagismo .....	16
2.7 O perfil do fumante .....	19
2.8 Dados brasileiros .....	22
3 MÉTODOS .....	24
3.1 Amostra .....	24
3.2 Instrumento .....	24
3.3 Colheita dos dados .....	25



3.4	Análise estatística .....	26
4	RESULTADOS .....	28
4.1	Descrição da amostra .....	28
4.2	Perfil dos fumantes em quatro capitais brasileiras .....	31
4.2.1	Dependência .....	31
4.2.2	Motivação .....	33
4.2.3	Hábitos, atitudes e crenças .....	35
4.2.4	Conselho médico .....	40
4.2.5	Percepção de risco .....	40
4.2.6	Comparação com dados europeus .....	41
5	DISCUSSÃO .....	43
6	CONCLUSÕES .....	50
7	ANEXO .....	51
8	REFERÊNCIAS .....	91

*Abstract*

## Lista de figuras

Figura 1.	Ciclo bio-psico-social da dependência de nicotina .....	10
Figura 2.	Modelo em espiral dos estágios de mudança .....	13
Figura 3.	Grau de concordância dos fumantes entrevistados acerca de políticas e hábitos relacionados ao cigarro.....	37
Figura 4.	Grau de concordância dos fumantes entrevistados em relação a fatores que os influenciariam na decisão de parar de fumar .....	39

## Lista de tabelas

Tabela 1.	Distribuição dos fumantes entrevistados segundo as faixas etárias .....	28
Tabela 2.	Renda familiar dos fumantes entrevistados .....	29
Tabela 3.	Ocupação dos fumantes entrevistados .....	29
Tabela 4.	Escolaridade dos fumantes entrevistados .....	30
Tabela 5.	Classe social dos fumantes entrevistados .....	30
Tabela 6.	Relação entre faixa etária e FNDDT nos fumantes entrevistados .....	32
Tabela 7.	Tempo para acender o primeiro cigarro após acordar, em relação ao sexo do fumante entrevistado .....	32
Tabela 8.	Fumantes que relataram desejo de parar de fumar nas 4 capitais estudadas.....	34
Tabela 9.	Distribuição de fumantes entrevistados nos grupos, de acordo com grau de motivação e dependência.....	34
Tabela 10.	Termômetro <i>anti-smoking</i> – dados brasileiros e europeus.....	42

## Lista de abreviaturas

dp	desvio padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EUA	Estados Unidos da América
FNDT	Fagerström Nicotine Dependence Test
IARC	International Agency Of Research in Cancer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MMWR	Morbidity and Mortality Weekly Report
NHMRC	National Health and Medical Research Council
OMS	Organização Mundial da Saúde
OTC	Over the counter (sem prescrição médica)
p	nível de significância
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
PAHO	Pan American Health Organization
PTA	poluição tabágica ambiental
USDHHS	United States Department of Health and Human Services
USEPA	United States Environmental Protection Agency
WHO	World Health Organization

## Resumo

A dependência de nicotina é a maior causa evitável de adoecimento e morte no Brasil e deixar de fumar é a atitude mais importante que um fumante pode ter em favor de sua saúde. De acordo com dados do último censo, 32,5% da população brasileira fuma, mas pouco se sabe sobre quantas pessoas dessa parcela desejam parar e que fatores as influenciariam a tomar a decisão de abandonar o cigarro. **Objetivo:** Analisar hábitos, atitudes e crenças de fumantes em quatro capitais do Brasil (Rio de Janeiro, São Paulo, Recife e Porto Alegre) e compará-los com os de 17 países europeus. **Métodos:** Oitocentos fumantes foram entrevistados. Estes foram recrutados por amostra intencional de acordo com quotas preestabelecidas, divididas conforme classe social, sexo, ocupação e idade. **Resultados:** A maioria dos entrevistados declarou desejar deixar de fumar e apresentou grau de dependência de nicotina de baixo a moderado. Quanto maior a motivação dos indivíduos para deixar de fumar, maior o número de tentativas que já haviam feito e maior a probabilidade de terem recebido conselho médico. Apenas 21% do total da amostra recebeu instruções do seu médico sobre como fazer para deixar o cigarro. O fator de maior influência futura nos esforços para parar de fumar foi “preocupação em expor suas crianças, família e amigos à fumaça de cigarro”. A população brasileira, se comparada com a dos países europeus, parece encontrar-se em alto grau de conscientização na “luta antitabaco”. **Conclusões:** Por meio da análise dos resultados sobre hábitos, crenças e atitudes de fumantes brasileiros e da comparação com os dados de outros países, novas políticas de saúde pública puderam ser sugeridas. Além disso, foi possível observar o que pensam os brasileiros a respeito das políticas de controle do tabagismo que já foram implementadas no país.

## 1 INTRODUÇÃO

A partir do advento da industrialização dos cigarros, houve um crescimento intenso em seu consumo. Dessa forma, o tabagismo se tornou uma das principais causas evitáveis de mortes prematuras em todo o mundo (Peto et al, 1994). Projetam-se, para a primeira metade do século XXI, 610 milhões de mortes prematuras, um terço das quais será evitável caso metade dos fumantes adultos deixe de fumar (Mackay, Eriksen, 2002).

As políticas públicas de controle do tabagismo têm como um de seus principais objetivos a promoção da abstinência em fumantes. No Brasil, o terceiro maior produtor e exportador de cigarros, tais políticas fazem-se urgentes.

Para a elaboração de novas estratégias para controle do tabagismo em nosso país e avaliação das atualmente vigentes, faz-se necessário o conhecimento do perfil dos fumantes brasileiros – o que estes pensam sobre as leis restritivas ao consumo de cigarros, quantos receberam conselho médico para deixar de fumar, o que os faria parar, quantas vezes costumam fazer tentativas de abstinência etc.

Em fumantes americanos, alguns dos fatores que estão ligados a novas tentativas de abstinência são ausência de fumantes em casa, faixas salariais mais altas e baixo consumo de álcool (Hymowitz et al, 1997). Em outra pesquisa nos EUA, West et al (2001) encontraram forte correlação entre o desejo de parar de fumar e tentativas nesse sentido. Dois dos maiores preditores de futuras tentativas de parar nesse mesmo país foi ter a consciência dos malefícios do fumo e ter um parceiro que não goste de vê-lo fumando.

Boyle et al (2000) estudaram as características e as atitudes de fumantes em 17 países europeus (Áustria, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Portugal, Espanha, Suécia, Reino Unido, Rússia e Polônia). Esses autores encontraram, entre outros dados, que tabagistas mais motivados costumavam mais freqüentemente relatar tentativas de deixar de fumar; entre os fatores que mais influenciariam os tabagistas mais motivados a deixar de fumar, figuravam: “preocupação em expor suas crianças, família e amigos a fumaça de cigarro” e “conselho de um médico”; além disso, nessa pesquisa, apenas um terço dos fumantes foi aconselhado por seu médico a deixar de fumar, e menos de 10% receberam instruções sobre como fazê-lo.

## 1.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil do fumante em quatro capitais brasileiras (Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo) e comparar suas características com as de fumantes de 17 países europeus estudados por Boyle et al (2000). Por meio da análise desses resultados, pretende-se situar o Brasil no contexto do cenário internacional, questionando a eficácia das políticas já implantadas para redução do número de fumantes e apontando novos caminhos que possam resultar na diminuição da prevalência do tabagismo no Brasil.

## 1.2 Objetivos Específicos

1 – Conhecer o perfil dos fumantes no Rio de Janeiro, São Paulo, Recife e Porto Alegre, no que diz respeito a:

- a) Média do número de cigarros fumados por dia;
- b) Grau de dependência de nicotina, segundo o teste de Fagerström;
- c) Grau de motivação para deixar de fumar;
- d) Análise da relação de dependência de nicotina e motivação para deixar de fumar com:
  - \* número de tentativas anteriores
  - \* prontidão para abster-se do cigarro
  - \* intenção de procurar apoio farmacológico em suas tentativas
  - \* frequência com que foram advertidos por um médico para deixar de fumar
- e) Opiniões a respeito das políticas de controle do tabagismo no Brasil;
- f) Fatores que os influenciariam a parar de fumar;
- g) Frequência com que foram advertidos por seus médicos de que deveriam deixar de fumar;

- h) Frequência com que foram orientados por seus médicos sobre como deixar de fumar;
- i) Intenção de comprar medicamentos para ajudá-los a absterem-se do fumo;
- j) Percepção do risco de adoecimento de doenças relacionadas ao tabaco.

2 – Avaliar a política de controle do tabagismo realizada no Brasil e apontar novos caminhos.

3 – Analisar o “clima antitabaco” no Brasil (a tendência da população a deixar de fumar) e compará-lo ao dos países europeus.

### **1.3 Justificativa**

1 – São poucos os estudos sobre hábitos, atitudes e crenças de fumantes no mundo. No Brasil, só existe um estudo, ainda não publicado.

2 – Esses resultados podem orientar novas políticas públicas e permitem observar a resposta de fumantes brasileiros a tais políticas no momento da pesquisa.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Malefícios do fumo

Durante muitos séculos acreditou-se que o tabaco tinha propriedades medicinais, capazes de curar doenças tais como reumatismo e bronquite crônica. Por isso foi amplamente difundido das Américas para todo o mundo, ganhando cada vez mais espaço ao longo dos séculos. A partir do advento da industrialização dos cigarros e do investimento maciço da indústria fumageira em propaganda e *marketing*, houve um crescimento intenso em seu consumo, particularmente na primeira metade do século XX (PAHO, 1992). Nesse período, fumar era visto como sinônimo de beleza, charme, poder, virilidade, entre outros atributos, transformando-se o cigarro em objeto de desejo de milhões de indivíduos.

A manutenção desse hábito no início da segunda metade do século só foi possível devido, principalmente, a estratégias da indústria para burlar a divulgação de evidências científicas que comprovavam os malefícios do fumo (até mesmo contratando cientistas para criar controvérsias, fundando partidos políticos e contratando lobistas para defender seus interesses) e ao fato de que há um hiato de algumas décadas entre o início do hábito de fumar e suas conseqüências na saúde do fumante (Murray, Lopez, 1996; Saloojee, Dagli, 2000; Yach, Bialous, 2001).

Atualmente, existem no mundo 1,1 bilhão de fumantes (World Bank, 1999).

O tabagismo tem conseqüências graves para a saúde de fumantes e de não-fumantes expostos à fumaça. O fumo, relacionado comumente a casos de câncer em órgãos diretamente atingidos pela fumaça, provoca também cânceres em órgãos não relacionados com as vias respiratórias e outras doenças graves, além de morte. Só nos EUA, estima-se que serão gastos 76 bilhões de dólares em 2002 em despesas com cuidados de saúde relacionados ao tabaco (Mackay, Eriksen, 2002).

O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de mortes prematuras em todo o mundo, antecipando a morte de metade dos fumantes, os quais perdem de 8 a 22 anos de vida (Mackay, Eriksen, 2002). Segundo estimativa da OMS, 4,9 milhões de pessoas morrem a cada ano devido a doenças causadas diretamente pelos derivados do tabaco, numa taxa de 13.400 por dia, 560 por hora (Mackay, Eriksen, 2002).

Calcula-se que 100 milhões de indivíduos morreram durante o século XX em virtude da dependência de nicotina e que, mantidas as tendências atuais, esse número pode aumentar em dez vezes, chegando a um bilhão de mortes no século XXI (Jha, Chaloupka, 2000). Há a previsão de que um em cada dois adolescentes fumantes regulares morrerá de doenças relacionadas ao tabaco caso não deixe de fumar (Mackay, Eriksen, 2002).

Cerca de 30% de todos os casos de câncer e 85% dos cânceres de pulmão são causados pelo tabaco. Cânceres da cavidade oral, laringe, faringe, estômago e esôfago, assim como cânceres em órgãos distantes do local por onde entra a fumaça do cigarro, como pâncreas, rins e bexiga, também são mais comuns entre os fumantes (Peto et al, 1994; United States. MMWR, 1990; American Thoracic Society, 1996; Proctor, 2001).

Estão também associadas ao cigarro outras enfermidades, tais como doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), arteriopatas periféricas, aneurismas da aorta, enfartes do miocárdio, infecções respiratórias, úlceras do estômago e do duodeno, osteoporose e problemas dentários.

Entre as mulheres, o tabaco também é a maior causa evitável de doença e morte. Em 2000, muito mais mulheres morreram de câncer de pulmão do que de câncer de mama (USDHHS, 2001). O tabaco também afeta o desenvolvimento da gravidez da fumante, havendo probabilidade 70% maior de aborto espontâneo. Da mesma forma, o risco de prematuridade se eleva em 40%, assim como nascimentos de bebês de baixo peso. Dado ainda mais alarmante relata que mesmo gestantes não-fumantes expostas à poluição tabágica ambiental (PTA) também geram bebês de baixo peso (Austrália. NHMRC, 1997; Brasil. Ministério da Saúde, 1998).

Já se sabe hoje em dia que a exposição ambiental à fumaça de cigarros é nociva, sendo a terceira maior causa de morte evitável no mundo, após o tabagismo ativo e o consumo excessivo de álcool (USDHHS, 1986; Glantz, Parmley, 1995). O risco de câncer de pulmão em não-fumantes expostos à fumaça do cigarro é 30% maior do que entre não-fumantes não expostos. Também doenças cardiovasculares têm sua prevalência aumentada em fumantes passivos: o risco de doença coronariana em não-fumantes expostos à PTA é, em média, 24% maior do que entre não-fumantes não expostos (Austrália. NHMRC, 1997, IARC, 1987; USEPA, 1993).

O tabagismo gera também conseqüências na saúde infantil, uma vez que 40% das crianças no mundo são expostas ao tabagismo passivo em suas casas (Mackay,

Eriksen, 2002). Filhos de fumantes estão mais sujeitos a desenvolver infecções respiratórias e a apresentar agravamento de quadros alérgicos (WHO, 1999b; Peat et al. 2001). Verificou-se, por exemplo, que a exposição de crianças assintomáticas à poluição ambiental causada por mães fumantes de pelo menos dez cigarros por dia gera de 8.000 a 26.000 novos casos de asma infantil por ano (USEPA, 1993; Mannino et al, 2002).

## **2.2 O consumo de cigarros**

Ainda que, hoje, a sociedade já esteja ciente de que o tabaco está vinculado a maiores índices de adoecimento e morte, seu consumo global continua aumentando progressivamente desde a sua industrialização no século XX. Estima-se que haja atualmente no mundo cerca de 35 milhões de tabagistas (Mackay, Eriksen, 2002). Embora se tenha registrado um consumo decrescente em países desenvolvidos, o número de fumantes no mundo está aumentando, assim como o número de cigarros fumados, fatos que se devem principalmente ao aumento da população mundial. Outros fatores que contribuem para tal fenômeno incluem:

1 – Paralelamente ao declínio do consumo entre os homens, mais mulheres estão fumando (Mackay, Eriksen, 2002). Embora nos últimos anos tenha se observado uma diminuição do número de mulheres adultas fumantes nos EUA, observou-se nesse país que mais meninas estão começando a fumar (USDHHS, 2001).

2 – Em contrapartida à diminuição do consumo de tabaco nos países desenvolvidos, onde há intensa campanha contra seu uso, a indústria fumageira tem conseguido aumentar suas vendas nos países em desenvolvimento, onde encontra um mercado com poucas restrições à comercialização de tabaco. Na Argentina, por exemplo, 67% da população como um todo relatou já ter fumado alguma vez na vida, assim como seis em cada dez estudantes do primeiro ao terceiro grau (OPAS, 2000; Miguez, 2000). Hoje, um em cada três cigarros no mundo é fumado na China, líder mundial em consumo (Mackay, Eriksen, 2002).

Nas próximas décadas, 70% das mortes causadas pelo tabaco ocorrerão no terceiro mundo, onde os problemas associados ao tabagismo dividirão o cenário com problemas básicos de saúde, tais como desnutrição, deficiência de saneamento e de suprimento de água, e doenças infecto-contagiosas ainda não controladas (WHO,

1999a). De acordo com as previsões da indústria fumageira, haverá uma expansão global da epidemia tabágica nos próximos anos e o Brasil será um dos países mais afetados pelo aumento geral do consumo de cigarros. Até 2008, a previsão é de que o consumo de cigarros aumente em 40,2% em nosso país, aumento que é somente menor do que o estimado para a Costa do Marfim e o Zimbábwe. A indústria também prevê uma redução de 13% no consumo nos EUA e de 8% na Europa, que deverá ser compensada pelo aumento no consumo na América Latina (Mackay, Eriksen, 2002). Esses valores, entretanto, não levam em conta as perspectivas de redução de consumo por meio das políticas de controle do tabagismo.

O Brasil é o terceiro maior produtor e exportador de fumo do mundo (Mackay, Eriksen, 2002). Um dos mais altos índices de consumo nacional se deu em 1989, ano em que 162,3 bilhões de cigarros foram acesos. Mais recentemente esse consumo caiu para 110 bilhões por ano, dado que pode estar distorcido devido ao também recente aumento no contrabando desse produto, que é responsável por aproximadamente 30% do total registrado, fato que dificulta os registros oficiais de consumo (Brasil. Ministério da Saúde, 1998).

Nos últimos 30 anos, estima-se que 1 milhão de brasileiros morreram devido à dependência de nicotina, dos quais 300.000 de câncer de pulmão, brônquios e traquéia, e 410.000 de doenças cardiovasculares. Esses óbitos decorreram de, no mínimo, 3.690.689.000.000 cigarros fumados, que continham 50.000 toneladas de alcatrão, que serviram, tão-somente, para obter a nicotina que manteve a dependência dos fumantes (Algranti et al, 2001).

O tabaco é consumido basicamente pelo fumo de cigarros industrializados. Cada cigarro contém 4.720 substâncias tóxicas (Rosemberg, 1987; Brasil. Ministério da Saúde, 1998). A fumaça produzida pela queima do cigarro é constituída por vapor d'água, matéria orgânica, nicotina e alcalóides semelhantes, dióxido de carbono, monóxido de carbono e um conjunto de diversas substâncias que recebe o nome de alcatrão. A maior parte dos prejuízos orgânicos causados pelo cigarro provém do monóxido de carbono e do alcatrão, e não da nicotina (Rosemberg, 1987).

### 2.3 A dependência de nicotina

O relatório do Surgeon General, do Departamento de Saúde e Recursos Humanos dos Estados Unidos, divulgou, em 1988, que a nicotina é uma droga que causa dependência. Nesse relatório concluiu-se o seguinte:

- 1 – O cigarro e outras formas de tabaco geram dependência;
- 2 – A droga que causa dependência no tabaco é a nicotina;
- 3 – Os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência de tabaco são similares àqueles que determinam a dependência de outras drogas, como a heroína e a cocaína (USDHHS, 1988).

O consenso gerado sobre essa dependência repercutiu nos sistemas de classificação psiquiátricos. Por exemplo, na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), a dependência de nicotina figura junto às demais dependências. A 4.<sup>a</sup> edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) oferece sete critérios, três dos quais devem ser preenchidos para diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas, e que são aplicáveis à nicotina:

- 1 – Usar a substância em quantidades maiores ou por um período de tempo maior do que o pretendido;
- 2 – Gastar muito tempo para obtenção da substância;
- 3 – Prejuízo das atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais por causa do uso da substância;
- 4 – Tentativas ou desejo persistente em reduzir ou parar de usar a substância;
- 5 – Persistência no uso da substância a despeito do conhecimento de que está causando prejuízo físico ou psicológico;
- 6 – Desenvolvimento de tolerância, o que significa que a mesma dose torna-se menos eficaz com o uso continuado;
- 7 – Presença de sintomas de abstinência. No caso da nicotina: irritabilidade, ansiedade, depressão; diminuição da concentração, inquietação; insônia ou hipersonia; aumento de apetite ou de peso; diminuição dos batimentos cardíacos; e diminuição da pressão arterial (American Psychiatric Association, 1996).

Cada cigarro contém, aproximadamente, 8 mg de nicotina, dos quais 1 mg é rapidamente absorvido pelos pulmões, alcançando o cérebro em menos de 10

segundos (Benowitz, 1998). É com essa rapidez que o fumante percebe os efeitos *psicoativos* da droga, tais como melhora da atenção e da concentração, diminuição do apetite, aumento do estado de alerta, redução da ansiedade e melhora do humor depressivo (Heishman et al, 1994; Evans et al, 1995; American Psychiatric Association, 1995; Picciotto, 2002). O efeito relaxante da nicotina, tão freqüentemente relatado pelos usuários, parece dever-se mais ao alívio da ansiedade provocada pela abstinência da substância do que por seu efeito direto no sistema nervoso central (Meliska, Gilbert, 1991).

O auge dos sintomas da síndrome de abstinência ocorre em aproximadamente três dias após a retirada da substância. A partir do final da primeira semana os sintomas começam a diminuir, geralmente desaparecendo em duas semanas a um mês. Em alguns casos, um ou outro sintoma pode persistir por até seis meses, principalmente o aumento do apetite (USDHHS, 1988; Hughes et al, 1991).

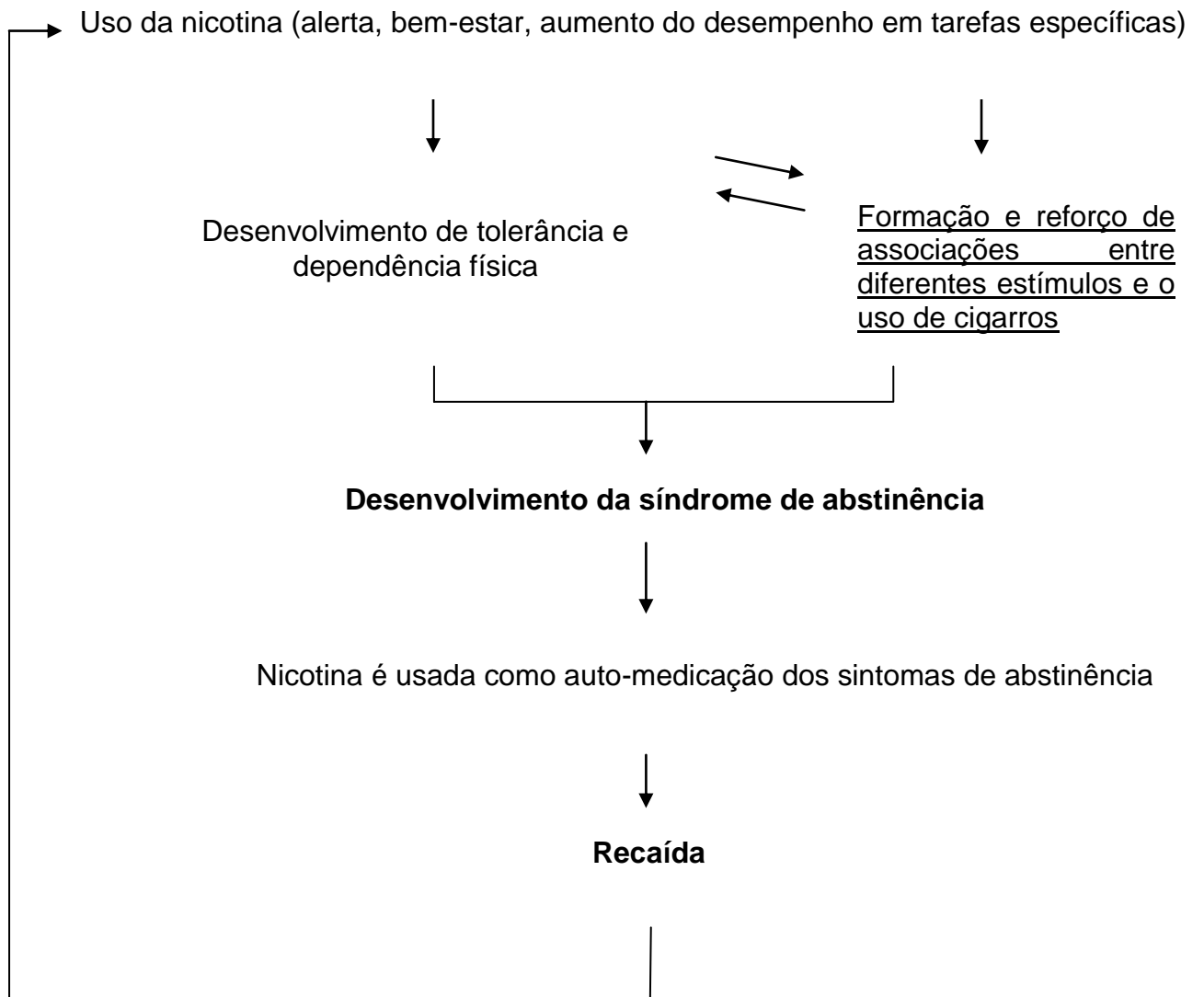
Cigarros dos quais a nicotina é artificialmente retirada são geralmente largados pelos fumantes em favor de seus cigarros habituais que contêm a substância, o que prova que a nicotina é uma droga que pode levar à dependência. Na verdade, os fumantes têm por hábito regular a concentração de nicotina em seu corpo, com o objetivo de mantê-la nos limites que satisfazem sua dependência. Assim, mesmo quando trocam sua marca habitual por outra de teor menor de nicotina, tabagistas costumam fazer manobras – tais como aumento do número, da duração e da profundidade das tragadas –, com o objetivo de manter a concentração de nicotina constante (USDHHS, 1988).

O tabaco é usado por muitos fumantes de acordo com um modelo cíclico clássico de dependência de drogas: inicialmente se buscam os efeitos benéficos da nicotina, mas a manutenção do hábito ocorre de acordo com o alívio dos sintomas de abstinência.

Entretanto, não é apenas a dependência à nicotina que determina a persistência no seu uso. Como no caso do uso de qualquer outra droga, o desejo de consumo pode ser desencadeado por estímulos ambientais independentes da necessidade orgânica. Por isso o indivíduo pode ter uma “fissura” (*craving*) para fumar, mesmo depois de anos de terminada a síndrome de abstinência, quando em contato com “situações-gatilho”, como ingerir bebidas alcoólicas e ver alguém fumando, por exemplo. Nesses casos o indivíduo deseja fumar não para aliviar os sintomas da abstinência, mas sim na

expectativa de receber o “reforço positivo” produzido pelo uso da nicotina, como o aumento do prazer (figura 1) (Gigliotti et al, 1999).

**Figura 1 – CICLO BIO-PSICO-SOCIAL DA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA**



## 2.4 O desenvolvimento da dependência

Embora as conseqüências nocivas do uso do cigarro ocorram vida adulta, é na infância que o hábito se inicia, ou seja, 90% dos tabagistas começam a fumar antes dos 19 anos, principalmente entre 13 e 15 anos. Metade daqueles que experimentam um cigarro torna-se, mais tarde, fumante regular (Cinciriprini et al, 1997).

Embora a primeira experiência com cigarro seja freqüentemente desagradável, seguida de tosse e náusea, rapidamente se desenvolve tolerância a tais sintomas (Perkins, 1992), permitindo novas tentativas. Segue-se assim um período de experimentação, no qual muitos jovens parecem aprender a regular os efeitos do cigarro até que seja alcançado um padrão característico de consumo diário (Everett et al, 1999).

Já antes dos 17 anos a maioria dos adolescentes refere diversos sintomas da abstinência de nicotina (O'Loughlin et al, 2002). Aqueles que consomem mais de 20 cigarros por dia tendem a apresentar sintomas mais nítidos quando ficam por algum período sem fumar. Um exemplo claro disso é a necessidade de consumir nicotina nos primeiros 30 minutos após acordar (Fagerström, Schneider, 1989).

Os fatores que motivam os jovens a fumar são sociais. Entre estes, são bastante relevantes o fácil acesso a produtos do tabaco, baixos preços dos cigarros, baixa auto-estima, o fato de um dos pais fumar, colegas fumantes e, principalmente, o *marketing* do fumo (Everett et al, 1999; Sargent et al, 2000; MacFadyen et al, 2001; Mackay, Eriksen, 2002). Fatores individuais, tais como a hereditariedade, também podem contribuir para o início do consumo de cigarros. Uma revisão recente feita por Sullivan e Kendler mostrou que as vulnerabilidades para a iniciação no tabagismo e, particularmente, para o desenvolvimento de dependência são fortemente determinadas por influências genéticas (Sullivan, Kendler, 1999).

## 2.5 A importância de parar de fumar

Os benefícios de parar de fumar já estão muito bem documentados. Em apenas um dia de abstinência já se sentem tais benefícios no coração e na pressão arterial e, com o passar dos anos, também se reduzem os riscos de câncer, enfarte agudo do



miocárdio e acidente vascular cerebral (Mackay, Eriksen, 2002). Mas parar de fumar não envolve uma simples decisão súbita de um fumante regular transformar-se em um não-fumante. Até que um indivíduo pare de fumar definitivamente ele percorre um caminho sutil, no qual se seguem idas e vindas. São os chamados estágios de mudança.

James Prochaska, analisando o processo de mudança de comportamento, concluiu que indivíduos progridem em estágios motivacionais na resolução de problemas em geral, tais como deixar de fumar. A motivação, segundo o modelo de Prochaska, pode flutuar sob influência de fatores externos e é essa flutuação que determina os estágios de mudança (Prochaska, DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente, 1984).

Podem-se descrever os “estágios de mudança”, adaptando-os para a situação de fumantes em sua relação com o cigarro, da seguinte maneira:

1 – Estágio pré-contemplativo: fase em que o indivíduo não pretende parar de fumar nos próximos seis meses. São aqueles pacientes que vêem mais prós do que contras em fumar, que negam os malefícios do tabaco à saúde.

2 – Estágio contemplativo: o indivíduo pretende seriamente parar de fumar nos próximos seis meses, mas, na verdade, está ambivalente. Encontra um pouco mais contras do que prós em fumar, mas, em caso de dúvida, não pára.

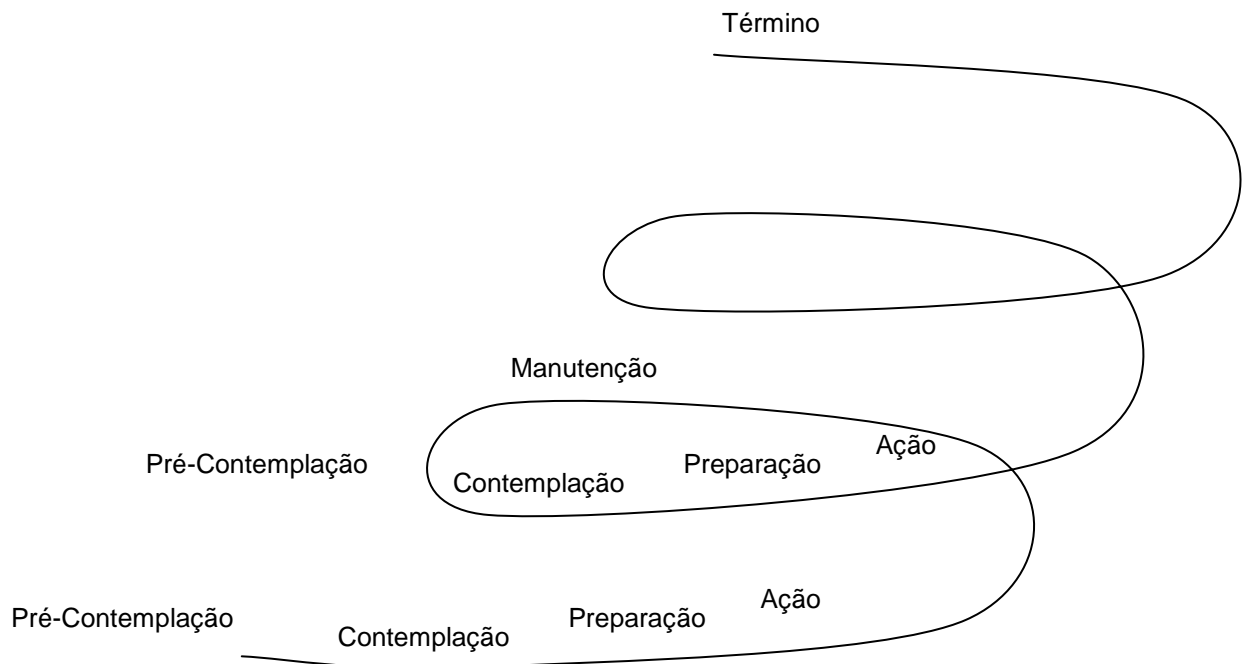
3 – Preparação para ação: o indivíduo pretende seriamente parar no curso do próximo mês. Já começa intuitivamente a usar de técnicas comportamentais para livrar-se do fumo: adia o primeiro cigarro do dia, diminui o número de cigarros fumados etc. Fez pelo menos uma tentativa de parar de fumar no último ano.

4 – Ação: o indivíduo pára de fumar.

5 – Manutenção: até 6 meses após o indivíduo ter abandonado o tabaco. Esse período não ocorre passivamente, como se o indivíduo apenas deixasse as coisas como estão. O indivíduo utiliza mecanismos comportamentais de adaptação ao meio sem cigarro, podendo até mesmo alterar seus hábitos rotineiros (como passar a não mais tomar café, por exemplo) (DiClemente et al, 1991).

Utilizando um modelo em espiral, Prochaska et al (1992) ilustram como a maioria das pessoas se movimenta através dos estágios, podendo passar do estágio de ação para o de contemplação após uma recaída (figura 2).

**Figura 2 – MODELO EM ESPIRAL DOS ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE PROCHASKA ET AL (1992)**



Embora a validade do modelo de Prochaska e DiClemente tenha sido questionada recentemente (Littell, Girvin, 2002), muitos dos seus pressupostos ainda são seguidos e têm valor inestimável tanto sob o ponto de vista da saúde pública quanto da sua aplicação em contexto clínico. Alguns de seus pressupostos são os que se seguem:

- Os tradicionais programas preventivos, informativos ou educativos, orientados a ações em relação à saúde não atingem a maioria das populações de risco, pois estas não estão preparadas para agir e, por isso, não serão beneficiadas.
- As populações, os grupos ou as pessoas, sem intervenções planejadas, ficam estagnados nos estágios iniciais do processo, sem motivação ou disposição para se engajar em programas de tratamento.
- Diferentemente do consagrado paradigma da ação, se um paradigma de estágios for incorporado à prevenção, educação e promoção da saúde, podem-se vir a ter impactos nunca antes experimentados.

- Intervenções devem ser criadas de acordo com o estágio de mudança de cada indivíduo ou grupo em questão, e elas devem ser específicas para movê-los para um estágio mais próximo da ação.
- A combinação de fatores biológicos, sociais e de autocontrole é que estabelece os padrões de comportamento.
- As intervenções e os programas precisam mudar de um recrutamento reativo para um recrutamento pró-ativo dos participantes.

Portanto, promover nos fumantes a mudança do estágio pré-contemplativo para o estágio de ação deve ser um importante objetivo de qualquer ação governamental que pretenda diminuir a prevalência de fumantes em seu país. Já é conhecido que tais estágios são influenciados por alguns fatores, como o aumento do custo de cigarros (que pode ocorrer pelo aumento dos impostos ou redução do contrabando), o adoecimento do fumante, a mídia, o aconselhamento médico para deixar de fumar, a proibição da propaganda do cigarro, a criação de áreas livres de cigarro e a disponibilidade de tratamento (Mackay, Eriksen, 2002).

Utilizando o modelo de “estágios de mudança”, fumantes em estágio de pré-contemplação deveriam ser ajudados a reconhecer e a desenvolver consciência dos malefícios do fumo, por exemplo, por meio de abordagens comunitárias, em vez de serem diretamente guiados para a abstinência. Por outro lado, fumantes no estágio de contemplação estariam mais abertos a métodos educacionais, mas são geralmente resistentes às orientações sobre como parar de fumar. Já o tratamento, inclusive com oferta de apoio farmacológico, é adequado a fumantes no estágio de ação (DiClemente, 1993). De fato, o American Health Care Policy and Research (Fiore et al, 1996) e o consenso publicado em 2000 pelo United States Department of Health and Human Services (USDHHS, 2000; Fiore, 2000; Anderson et al 2002) recomendam que todo fumante deve receber uma oferta de tratamento para o tabagismo.

Estratégias típicas da orientação de fumantes que se encontram entre o estágio de contemplação e o da ação incluem o aumento da acessibilidade a programas de tratamento para dependentes de nicotina, por meio da oferta gratuita ou a baixo preço de tais programas ou medicamentos, e treinamento de profissionais de saúde no desenvolvimento de habilidades necessárias para aplicar tal tratamento. A proposta de aumento da disponibilidade de tratamento, apesar de aparentemente dispendiosa, conta com vários argumentos que a sustentam:

1 – Projetam-se, para a primeira metade do século XXI, 610 milhões de mortes prematuras, um terço das quais será evitável caso metade dos fumantes adultos deixe de fumar (Mackay, Eriksen, 2002).

2 – A cessação do tabagismo é necessária para que se diminua a prevalência de fumantes. Nas últimas décadas, graças às campanhas governamentais antifumo, vem-se observando a diminuição progressiva na prevalência de fumantes, especialmente em alguns países desenvolvidos. Nos EUA, as taxas de prevalência, que eram de aproximadamente 50% na década de 60, conseguiram ser reduzidas para 25% no início da década de 80. Diminuir essas taxas, porém, vem-se mostrando cada vez mais uma tarefa difícil, haja vista que se mantiveram estáveis até 1993 (Fiore et al, 1996), tendo sido constatada apenas uma pequena queda para 23,3% em 2000 (United States. MMWR, 2002).

Outro estudo recente, com amostra representativa de fumantes americanos com idade entre 15 e 54 anos, mostrou que a prevalência de dependência de nicotina, segundo os critérios do DSM, chegou a 24% da população, constituindo aproximadamente a metade daqueles indivíduos que já haviam fumado diariamente por mais de um mês (Breslau et al, 2001). Tal fenômeno ocorre em virtude das propriedades adictivas da nicotina, que fazem com que apenas 2,5% dos fumantes consigam abster-se da droga a cada ano (Giovino et al, 1995).

3 – Programas nacionais que, com sucesso, ajudam jovens e adultos fumantes a deixar de fumar podem produzir benefícios mais rápidos e maiores a curto prazo do que qualquer outro componente de programas abrangentes de controle do tabagismo, como no caso de fumantes que deixam de fumar antes dos 50 anos e reduzem pela metade seus riscos de morte nos 15 anos subseqüentes (USDHHS, 1990).

Qualquer política de controle do tabagismo que foque sua atenção exclusivamente na prevenção não verá qualquer impacto na redução da mortalidade relacionada ao tabaco por muitas décadas (WHO, 1999b).

4 – A abordagem de fumantes está entre as intervenções médicas de melhor relação custo/benefício. Se apenas 2,7 a 3,7% dos fumantes deixassem de fumar por intermédio de abordagens mínimas, o custo estimado por ano de vidas salvas estaria em torno de US\$ 748,00 a US\$ 2.020,00, inferior ao custo do tratamento da hipertensão, da hipercolesterolemia e do enfarte (Croghan et al, 1997; Orleans, Slade, 1993).

5 – A economia de dinheiro obtida a partir da redução do uso do tabaco supera em muito os custos das intervenções para cessação do tabagismo, em 3 a 4 anos (Wagnet et al, 1995).

6 – Abordagens mínimas oferecidas por clínicos para deixar de fumar são eficazes, assim como intervenções mais intensivas. Abordagens mínimas elevam as chances de sucesso, em uma tentativa de abstinência, em 2,5% (sem auxílio ou uso de farmacoterapias tais como reposição de nicotina ou uso da bupropiona) para mais de 20% (USDHHS, 2000).

Isso posto, uma abordagem de saúde pública que objetive a interrupção do uso de cigarros é um elemento fundamental nas políticas governamentais de controle do tabagismo.

## **2.6 Políticas mundiais de controle do tabagismo**

De acordo com o relatório de 2000 do United States Surgeon General (USDHHS, 2000), existem cinco formas de abordagem no controle do tabagismo, todas com evidência de eficácia, quais sejam: econômica, regulatória, abrangente, educacional e clínica. As três primeiras teriam maior impacto populacional a longo prazo; ao contrário, as duas últimas têm maior impacto a curto prazo. Eis alguns exemplos de tais abordagens: a econômica propõe o aumento de impostos sobre o cigarro, a regulatória cria leis restritivas, a educacional abrange a educação em escolas e a clínica envolve o tratamento de fumantes.

Embora elementos individuais de um programa de controle de tabagismo possam ocorrer em separado, evidências indicam que a utilização de um programa abrangente, em que esses vários componentes individuais, por meio de um planejamento, atuam sinergicamente, alteram a cultura do indivíduo e aumentam a eficácia do programa. O aumento na oferta de tratamentos para deixar de fumar, por exemplo, terá mais impacto se a população estiver mais consciente dos malefícios do fumo e, portanto, mais preparada para ação: além da oferta, há que se aumentar a demanda de tratamentos (USDHHS, 1999).

São elementos importantes de um programa abrangente:

- 1 – Programas comunitários para redução do uso do tabaco;
- 2 – Programas em escolas: por exemplo, em 2000, só nos EUA, 29,7% de meninas no segundo grau relataram ter fumado nos últimos 30 dias (USDHHS, 2001);
- 3 – Programas para doenças crônicas, com o objetivo de redução do impacto de doenças relacionadas ao tabaco;
- 4 – *Contramarketing* (o *marketing* antifumo);
- 5 – Programas de cessação do tabagismo;
- 6 – Coação, por meio de controle do cumprimento de leis (*enforcement*);
- 7 – Pesquisa e avaliação do programa; e
- 8 – Administração do programa (USDHHS, 1999).

O impacto causado por algumas dessas ações pode ser mostrado em exemplos citados por Mackay, Eriksen (2002): um aumento de 10% nos preços de cigarros é capaz de promover 3% a mais de novos ex-fumantes (este é o mais importante fator que influencia a curto prazo o comportamento de fumar); o *contramarketing* aumenta o número e o sucesso de tentativas de abstinência; a proibição completa de promoções de cigarro reduz o consumo em 6%; e restrições ao tabagismo, tais como empresas livres de cigarro, também são capazes de aumentar novos abstinentes.

O valor das intervenções comunitárias que têm como fim forçar a cessação do tabagismo, tais como campanhas de mídia e programas utilizando voluntários não especializados na área de saúde, foi recentemente questionado em uma revisão do grupo Cochrane (Secker-Walker et al, 2002). Embora os autores tenham concluído que tais intervenções têm efeito limitado em diminuir a prevalência do tabagismo, abordagens comunitárias continuarão sendo uma ferramenta indispensável para promover a saúde em todo o mundo.

Para aumentar a oferta de tratamento aos fumantes, entretanto, três barreiras devem ser ultrapassadas:

- 1 – Um sistema de saúde que não reconhece a necessidade de um tratamento especializado para dependência de nicotina,
- 2 – o treinamento inadequado de profissionais de saúde para tratar de fumantes pesados; e
- 3 – a resistência de dependentes de nicotina a procurar ajuda (Ferry, 1999).

### *Sistemas de saúde*

Em 1999, a OMS promoveu o primeiro encontro da Framework Convention of Tobacco Control, uma iniciativa em prol da saúde pública, para criação de regras e regulamentos que objetivam a diminuição dos problemas relacionados com o tabaco em todo mundo. Diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento participaram dessa convenção, que citou, entre outros elementos importantes no controle do tabagismo, a prevenção e o tratamento de fumantes (Brodansky, 1999). Dessa forma, a OMS incita os diversos países participantes a reconhecerem a necessidade de tratamento especializado para a dependência de nicotina.

### *Treinamento inadequado dos profissionais de saúde*

Quanto aos profissionais de saúde, McIlvain et al (2002), acompanhando médicos do estado de Nebraska nos EUA, observaram que, embora todos acreditassem que o aconselhamento médico era importante ao se lidar com fumantes, poucos achavam que tal procedimento teria resultado. Na Bélgica, apenas metade dos médicos pergunta sistematicamente se seu paciente fuma (Prignot et al, 2000) e apenas 64% dos cardiologistas franceses relatam que aconselhariam um paciente a deixar de fumar caso ele não apresentasse uma doença relacionada ao tabaco ou tivesse ele mesmo levantado a questão (Tessier et al, 1995). Também na Albânia, pouco mais da metade dos estudantes de medicina propõe-se a aconselhar pacientes tabagistas a parar de fumar (Vakeflliu et al, 2002).

### *Resistência de fumantes a procurar tratamento*

A eficácia da informação, educação e tratamento oferecidos a um indivíduo é muito influenciada por fatores facilitadores ou inibitórios encontrados em seu meio e por juízos de valor sobre fumar e não fumar. Por sua vez, o meio ambiente é, na verdade, produto do balanço entre a evolução histórica do uso de tabaco e os esforços para o controle do tabagismo. Com o aumento do desejo de parar e da preparação para mudança, fumantes acabam por procurar o tratamento que deverá dar conta de suas necessidades (Slama, 2001).

Para que a informação e a educação consigam modificar o meio em que vivem os tabagistas e sua forma de pensar, tornando-os mais propensos a que, no futuro, venham a procurar tratamento, torna-se necessário conhecer o perfil dos fumantes de cada país. Dessa forma seria possível saber como eles pensam, o que os levaria a deixar de fumar, quantos receberam conselhos médicos, informações que facilitariam o planejamento de intervenções comunitárias.

## 2.7 O perfil do fumante

O perfil do fumante em um determinado país é grandemente influenciado por sua cultura. Na Estônia, o tabagismo é muito mais comum em homens do que em mulheres (57,9 e 25,7%, respectivamente) (Pärna et al, 2002), assim como no Vietnã, onde metade dos homens fuma, enquanto apenas 3,4% das mulheres o fazem, sob alegação de que tal ato é “inapropriado” (Morrow et al, 2002).

Nos EUA, o perfil do fumante está fortemente associado com baixa renda (Flint, Novotny, 1997), baixa faixa etária, baixo nível educacional (Zhu et al, 1996), ambiente social desvantajoso (Crum et al, 1996) e sedentarismo (jovens que fazem atletismo têm menor chance de se tornarem tabagistas) (Melnick et al, 2001). Além disso, constatou-se nesse país que meninas que começam a fumar costumam ter pais ou amigos fumantes (USDHHS, 2001).

Também é importante o estudo dos fatores que levam um indivíduo a decidir deixar de fumar e dos preditores de uma tentativa bem sucedida de abstinência. Num estudo com amostra de 13.415 fumantes oriundos de comunidades americanas, Hymowitz et al observaram que os fatores alto grau de motivação para parar, ausência de fumantes em casa, faixas salariais mais altas, baixo consumo de álcool, menor consumo diário de cigarro e maior tempo até fumar o primeiro cigarro após acordar são indicadores de uma futura tentativa de abstinência. Esse estudo revelou que as razões mais comuns para deixar de fumar foram preocupação com a saúde (91%), despesa (60%), preocupação em expor pessoas próximas à fumaça do cigarro (56%) e dar bom exemplo para terceiros (55%) (Hymowitz et al, 1997).

Ainda nos EUA, Husten et al (1997), analisando uma amostra representativa nacional, encontraram que, embora a prevalência de fumantes seja menor entre indivíduos idosos, as taxas de declínio tabágico costumam ser mais baixas nessa faixa



etária. Além disso, maiores prevalências de cessação foram constatadas nos idosos com maior nível educacional. Entre os fumantes com mais de 50 anos, aqueles que possuíam percepção mais realística das conseqüências do fumo na saúde e maior reconhecimento de que a nicotina é uma droga eram os que se apresentavam mais prontos para parar (Clark et al, 1997).

O fator que mais comumente leva pessoas do sexo feminino a deixar de fumar é a gravidez, indicando que intervenções desenhadas especificamente para a população de grávidas têm grande possibilidade de eficácia (USDHHS, 2001). Todavia, mulheres relatam que suas maiores preocupações ao pensar em deixar de fumar são ganho de peso e níveis de *stress* (Bowen et al, 2000).

Com o objetivo de identificar os preditores demográficos, sociais, psicológicos e comportamentais que levavam fumantes ingleses a tentativas de abstinência e ao sucesso dessas tentativas, West et al seguiram uma amostra representativa nacional por um ano, em que 31% dos entrevistados relataram ter feito pelo menos uma tentativa de abstinência no correr do ano e 51% tentaram diminuir o número de cigarros. Houve forte correlação entre o desejo de parar de fumar e tentativas nesse sentido. Os maiores preditores de futuras tentativas de parar foram a consciência dos malefícios do fumo, ter um parceiro que não goste de vê-lo fumando e não fumar o primeiro cigarro logo após acordar. Em contraste, o relato de ter prazer ao fumar teve associação negativa com tentativas futuras (West et al, 2001).

Outro estudo, com uma amostra predominante de afro-americanos idosos, mostrou que o convívio com outros fumantes em casa está diretamente relacionado ao tabagismo atual, revelou que fumantes viam a força de vontade e o aconselhamento médico como fatores que aumentariam as chances de uma abstinência bem sucedida e acreditavam que as terapias de reposição de nicotina poderiam ajudá-los a parar (Williams et al, 2001).

Uma pesquisa para demonstrar o perfil da população entre 13 e 15 anos de idade de 12 países em desenvolvimento mostrou que uma média de 24,2% já havia fumado alguma vez na vida e que 8,7% estava fumando no momento. Destes, uma média de 68% desejava parar de fumar (Global Youth Tobacco Survey, 2000).

Dessa forma, com o objetivo de motivar tabagistas a deixar de fumar, é importante conhecer as suas características sócio-demográficas e psicológicas (Bergen, Caporaso, 1999).

Exemplo de esforço nesse sentido foi uma pesquisa realizada na Europa (Boyle et al, 2000) em que se estudaram as características e as atitudes de fumantes em 17 países europeus (Áustria, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Portugal, Espanha, Suécia, Reino Unido, Rússia e Polônia). Foram entrevistados 10.295 fumantes de idade acima de 18 anos que fumavam pelo menos um cigarro por dia. O objetivo principal desse estudo foi o desenvolvimento de diferentes políticas de saúde baseadas nas crenças dos fumantes de cada país. Seguem aqui alguns de seus mais importantes achados:

a) 57% dos entrevistados desejavam parar de fumar. Houve, entre os países, grande variação nessa proporção, sendo maior na Suécia (84%) e menor na Itália (37%), Áustria (38%) e Alemanha (38%).

b) Poucos fumantes fumavam menos de cinco cigarros por dia. O consumo de 6 a 15 cigarros concentrou-se nas faixas etárias mais jovens e entre os mais idosos. A maior prevalência de fumantes pesados se deu na faixa entre 35 e 65 anos.

c) Tabagistas mais motivados costumavam mais freqüentemente relatar tentativas de deixar de fumar.

c) 22,5% dos fumantes que eram simultaneamente mais dependentes e mais motivados a deixar de fumar já haviam feito mais de quatro tentativas anteriores

d) Aqueles tabagistas mais dependentes de nicotina, independentemente da dimensão de sua motivação para parar, mais freqüentemente concordaram com a afirmativa “eu desistiria de fumar amanhã se eu pensasse que posso”.

e) Os motivados, independentemente do grau de dependência de nicotina, concordaram mais com a afirmativa “se existisse uma pílula que garantisse que eu ficaria sem fumar para sempre, eu a compraria”.

f) Entre os fatores que mais influenciariam os tabagistas mais motivados a deixar de fumar figuravam: “preocupação em expor suas crianças, família e amigos a fumaça de cigarro” e “conselho de um médico”.

g) Apenas um terço dos fumantes foi aconselhado por seu médico a deixar de fumar e menos de 10% receberam instruções sobre como fazê-lo.

## 2.8 Dados brasileiros

Como se pode constatar no decorrer da revisão bibliográfica, são urgentes as medidas para o controle do tabagismo em países em desenvolvimento, particularmente no Brasil. Em 2001 estima-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha gasto aproximadamente R\$ 200.000.000,00 com assistência oncológica para portadores de cânceres relacionados ao fumo, dado que amplia a importância do conhecimento do perfil do fumante (comunicação pessoal\*).

Nos países desenvolvidos, existem diversos estudos sobre prevalência de fumantes, o grau em que sua saúde é atingida pelo tabagismo, suas crenças, hábitos, atitudes e a extensão da influência do meio em que vivem. No entanto, são poucos os dados estatísticos existentes sobre o uso do tabaco em países em desenvolvimento, sendo a maioria de baixa qualidade e com metodologias de coleta de dados muito distintas.

Quanto à relação de médicos com a questão do tabagismo, observou-se em um estudo realizado em 1992 que 24,9% dos médicos brasileiros fumavam (Campos, 1992); além disso, um inquérito sobre a prevalência de tabagismo na classe médica brasileira revelou que médicos fumantes são mais comuns em sociedades médicas que não têm um programa de controle de tabagismo (Mirra, Rosemberg, 1997). Numa pesquisa realizada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, poucos estudantes de Medicina relataram prover intervenções mínimas para orientar seus pacientes a deixar de fumar (Daudt et al, 1999).

Os últimos dados sobre prevalência do tabagismo com amostra representativa do Brasil foram publicados em 1989 na Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) (IBGE, 1989). Nessa pesquisa, 32,5% da população adulta era fumante, dos quais 11,2 milhões (24%) eram mulheres e 16,7 milhões (38%) eram homens. Quase 90% dos fumantes tornaram-se dependente de nicotina entre 5 e 19 anos de idade. A maioria dos fumantes se concentrava na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade.

Existem, ainda, alguns estudos sobre prevalência do tabagismo em cidades isoladas. Na cidade de Porto Alegre (RS), um estudo publicado em 1995 relatou que a prevalência era de 34,9% entre homens e de 29,5% entre mulheres. Observou-se

---

\* Figueiredo VC. Divisão de Epidemiologia e Vigilância da COMPREV / Instituto Nacional de Câncer. 2002. Comunicação pessoal.

também que o tabagismo foi mais comum entre os indivíduos de menor nível socioeconômico e na faixa etária de 30 e 39 anos (Moreira et al, 1995). Estudo mais recente revelou que a prevalência de fumantes encontra-se em torno de 24% na população adulta da cidade de São Paulo (Galduróz et al, 1997). Dados ainda não publicados do Ministério da Saúde estimam a proporção de fumantes na cidade do Rio de Janeiro, além do perfil, conhecimento e crenças dessa amostra da população (comunicação pessoal<sup>\*</sup>). São resultados dessa pesquisa:

a) Evidenciou-se uma redução na prevalência de fumantes nessa cidade, que foi maior entre os homens do que entre as mulheres: constatou-se que 23% dos homens e 20% das mulheres estariam fumando, enquanto na PNSN de 1989 esses números eram de 38% e 24%, para homens e mulheres, respectivamente.

b) A faixa etária que mostrou maior diferença percentual entre os dois estudos foi a de 25 a 34 anos: houve queda de 23% na prevalência de tabagismo nessa faixa etária.

c) Foi constatado que mais meninas do que meninos estão se iniciando no tabaco (12% e 8%, respectivamente).

d) Observou-se que o tabagismo foi mais prevalente em faixas de populações com menor renda familiar.

Faltam, todavia, mais informações sistemáticas sobre os hábitos, atitudes e crenças dos fumantes brasileiros, tais como por que eles fumam, quantos deles querem parar, o que os influenciaria na decisão de deixar de fumar e dados sobre dependência, entre outros.

O conhecimento do perfil do fumante brasileiro permitiria a realização de campanhas de prevenção orientadas a motivar fumantes a deixar de fumar, assim como a adoção de tratamentos mais eficazes, uma vez que o conhecimento sobre as características do público-alvo direciona o atendimento a essas pessoas, por levar em consideração suas experiências e suas expectativas.

Além disso, para que se possam comparar dados de pesquisas brasileiras com os obtidos em outros estudos, é essencial que seja utilizada a mesma metodologia aplicada em outras pesquisas. Dessa maneira, nossas políticas preventivas poderão ser comparadas com as adotadas em outros países, avaliando, assim, sua eficácia.

---

<sup>\*</sup> Figueiredo VC. Divisão de Epidemiologia e Vigilância da COMPREV / Instituto Nacional de Câncer. 2002. Comunicação pessoal.

## 3 MÉTODOS

### 3.1 Amostra

A amostra compreendeu 800 fumantes, 400 homens e 400 mulheres, de idade entre 14 e 65 anos, sendo 300 do Rio de Janeiro, 300 de São Paulo, 100 de Porto Alegre e 100 do Recife. Nesse estudo, fumante foi definido como um indivíduo que fuma pelo menos um cigarro por semana. As entrevistas foram pessoais e individuais, utilizando um questionário semi-estruturado.

### 3.2 Instrumento

1 – O *questionário* inicial usado foi desenvolvido por diversos especialistas internacionais e patrocinado pela SmithKline Beecham (Boyle et al, 2000). Originalmente elaborado em inglês para uma pesquisa europeia, o questionário foi profissionalmente traduzido para o português. Foram feitas a revisão e a tradução e acrescentaram-se algumas perguntas que não constavam do questionário original da pesquisa europeia, quais sejam:

- Quatro questões do *Fagerström nicotine dependence test* (FNDT). O FNDT foi desenvolvido por Karl-Olov Fagerström (1978) e depois readaptado por Heatherton et al (1991), para ter consistência interna superior relacionada com índices bioquímicos do fumar. Esse teste consiste em 6 questões referentes ao padrão típico de fumar, possibilitando a classificação da dependência de nicotina em leve, moderada e severa. No questionário original em inglês constavam apenas duas perguntas do FNDT.
- Algumas perguntas que avaliaram a percepção de risco dos fumantes (perguntas 7E, 40 A, 40B, 41, 42, 43) – vide anexo.

2 – *Termômetro ASC (anti smoking climate – “clima antitabaco”)* (Fagerström et al, 2000). Esse instrumento, que consiste em duas perguntas e três afirmações, foi elaborado por profissionais para realizar a avaliação do “clima antitabaco” nos países europeus. Eles escolheram, entre 21 afirmações e perguntas existentes em um questionário, as cinco que mais representavam a prontidão de fumantes em um país para deixar de fumar. As escolhidas foram:

- “fumar é a maior causa de morte e doença em meu país”;
- “você deseja parar de fumar em algum momento no futuro?”;
- “o governo deveria se empenhar para ajudar as pessoas a deixarem de fumar”;
- “você já fez alguma vez uma tentativa séria de deixar de fumar?”; e
- “restaurantes e outros lugares públicos deveriam proporcionar áreas para não-fumantes”.

Pode-se definir o “clima antitabaco” como a tendência de uma população a deixar de fumar. Para as três afirmativas do termômetro ASC os entrevistados responderam com uma escala de 10 pontos de acordo com o grau de concordância; as duas questões foram respondidas com as alternativas sim ou não. A pontuação total do termômetro foi calculada somando os pontos de cada questão.

### **3.3 Colheita dos dados**

Os dados foram colhidos no ano de 1999. Os fumantes foram recrutados por amostra intencional, ou seja, os indivíduos eram contatados por entrevistadores, que os interceptavam em logradouros públicos, de acordo com quotas preestabelecidas.

Os dados foram tabulados em programas da empresa LPM (empresa de *marketing* sediada em São Paulo).

### 3.4 Análise estatística

Com o objetivo de assegurar que a amostra refletisse a realidade dos fumantes brasileiros, as quotas foram baseadas em dados não publicados de prevalência de fumantes em 1998, fornecidos pela SmithKline Beecham. As quotas foram divididas de acordo com classe social, sexo, ocupação e idade, sendo as classes sociais classificadas em A1, A2, B1, B2, C e D, de acordo com o IBGE. Assim sendo, o número de entrevistas de um determinado extrato populacional dentro da amostra (mulheres no Rio de Janeiro, por exemplo) foi determinado de acordo com a proporção com que aquele extrato aparece no universo estudado (fumantes). Se, por exemplo, a pesquisa da qual extraímos os dados tivesse revelado que em São Paulo 55% dos fumantes eram homens e 45% eram mulheres, dos 300 fumantes entrevistados em São Paulo, 55% seriam homens e 45% seriam mulheres.

Em termos práticos, para cada entrevistador foi designada uma área para trabalhar, um número de entrevistas a realizar e o perfil do entrevistado. Por exemplo: 20 entrevistas em Copacabana com pessoas de idade entre 14 e 65 anos que fumassem pelo menos alguns cigarros por semana, dez homens e dez mulheres, duas com faixa etária entre 14 e 18 anos, quatro entre 18 e 34 anos, oito entre 35 e 54 anos e seis entre 55 e 64 anos; uma da classe A1, duas da A2, três da B1, quatro da B2, cinco da C e cinco da D; e dez que trabalhassem e dez que não. Ao término do estudo, os dados foram transferidos para a Pynney and Associates, uma empresa de consultoria em saúde baseada em ciência, com recursos próprios, sediada nos Estados Unidos, e especializada em análise de dados, para a realização de análise estatística.

Para análise dos dados exclusivamente brasileiros, foram conduzidas comparações de variáveis categóricas utilizando testes de qui-quadrado das associações. Variáveis contínuas foram analisadas utilizando *one-way analysis of variance* (análise de variância de uma via). Para comparações entre o Brasil e os países europeus, as variáveis categóricas foram analisadas utilizando os testes Cochran-Mantel-Haenszel e/ou regressão logística. Para analisar variáveis contínuas, foi utilizada a análise de variância, usando locação como fator secundário.

Como na pesquisa europeia (Boyle et al, 2000), para analisar alguns dados obtidos, os fumantes foram divididos em quatro grupos, sendo classificados de acordo com o grau de motivação e de dependência de nicotina, da seguinte maneira:

Grupo 1: Muito dependentes. Muito motivados.

Fumantes que querem parar e fumam mais de 30 cigarros por dia ou fumam entre 10 e 29 cigarros e fumam o primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar.

Grupo 2: Pouco dependentes. Muito motivados.

Querem parar e fumam menos de 10 cigarros por dia ou fumam entre 10 e 29 cigarros e não fumam nos primeiros 30 minutos após acordar.

Grupo 3: Muito dependentes. Pouco motivados.

Não querem parar e fumam mais de 30 cigarros por dia ou fumam entre 10 e 29 cigarros e fumam o primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar.

Grupo 4: Pouco dependentes. Pouco motivados.

Não querem parar e fumam menos de 10 cigarros por dia ou fumam entre 10 e 29 cigarros e não fumam nos primeiros 30 minutos após acordar.



## 4 RESULTADOS

### 4.1 Descrição da amostra

Dos 800 fumantes entrevistados, 50% eram do sexo masculino e 50% do sexo feminino, sendo que 37,3% eram solteiros / nunca casaram, 11,1% solteiros / vivendo como casal, 34,4% casados, 8,9% separados, 4% divorciados e 4,7% viúvos. Os dados sobre idade, classe social, escolaridade, renda familiar e ocupação encontram-se nas tabelas 1 a 5.

**Tabela 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS FUMANTES ENTREVISTADOS SEGUNDO AS FAIXAS ETÁRIAS**

<b>Faixa etária</b>	<b>Percentagem</b>
Até 17 anos	11,7%
18 a 24 anos	20,4%
25 a 34 anos	21,2%
35 a 44 anos	23,3%
45 a 54 anos	14,7%
55 a 64 anos	8,7%

*Legenda:*

total entrevistado: 800 fumantes

**Tabela 2 – RENDA FAMILIAR DOS FUMANTES ENTREVISTADOS**

<b>Renda familiar (em salários mínimos)</b>	<b>Percentagem</b>
Até 3	25,8%
De 3 a 5	15,6%
De 6 a 10	26,1%
De 11 a 20	13,6%
20 ou mais	10,4%

*Legenda:*

total entrevistado: 800 fumantes

salário mínimo na época do estudo: R\$ 130,00

**Tabela 3 – OCUPAÇÃO DOS FUMANTES ENTREVISTADOS**

<b>Ocupação</b>	<b>Percentagem</b>
Capitalistas / executivos / liberais	2,5%
<i>White collars</i> (funcionários de escritório / banco / comércio, técnicos especializados, funcionários públicos, artistas, militares e professores).	19,9%
Pequeno burguês (micro-empresário, corretor, autônomo, balconista, biscateiro)	22,8%
Especializado / subalterno (operário especializado, mecânico, encanador, zelador, porteiro, garagista, manobrista, motorista)	7,5%
Miscelânea (trabalho braçal / doméstico, dona de casa, estudante, aposentados e desempregados)	39,1%

*Legenda:*

total entrevistado: 800 fumantes

**Tabela 4 – ESCOLARIDADE DOS FUMANTES ENTREVISTADOS**

<b>Grau escolar</b>	<b>Percentagem</b>
Analfabeto – primário incompleto	12,7 %
Primário completo – ginásial incompleto	32,0 %
Ginásial completo – colegial incompleto	25,9%
Colegial completo – superior incompleto	23%
Superior completo	6,4%

*Legenda:*

total entrevistado: 800 fumantes

**Tabela 5 – CLASSE SOCIAL DOS FUMANTES ENTREVISTADOS**

<b>Classe social</b>	<b>Percentagem</b>
A1	1%
A2	5,2%
B1	8,6%
B2	17,6%
C	37,5%
D	29,7%

*Legenda:*

total entrevistado: 800 fumantes

## 4.2 Perfil dos fumantes em quatro capitais brasileiras

Entre os entrevistados, a grande maioria (45,2%) era de fumantes moderados (11 a 20 cigarros por dia), seguidos do grupo de fumantes leves (25,4%, 6 a 10 cigarros por dia). Quando perguntados como classificariam seus cigarros, 22,2% os classificariam como de alto teor, 31,7% como de médio teor e 44% como sendo suave. Poucos entrevistados dessa pesquisa (12,5%) fumavam mais de 21 cigarros por dia. No grupo que fumava 6-15 cigarros diários, houve uma super-representação da faixa etária entre 18 e 24 anos, enquanto aqueles na faixa etária entre 45-54 eram mais freqüentemente fumantes pesados. Em termos de consumo absoluto de cigarros, os entrevistados de diferentes faixas etárias fumavam taxas variadas ( $p=0,0002$ ), sendo que os participantes menores de 18 anos fumavam a menor quantidade de cigarros em média (média=11,8, dp=8,5).

### 4.2.1 Dependência

Do total da amostra, a pontuação média do questionário de Fagerström (FNNDT) foi de 4,11, configurando grau de dependência de nicotina de baixo a moderado.

O grau de dependência de nicotina também se mostrou variável de acordo com a idade do entrevistado (tabela 6). O teste para análise de tendência linear foi significativo ( $t=3,97$ ;  $p<0,0001$ ), indicando que, quanto maior a faixa etária, mais dependentes da substância os indivíduos se tornam. Além disso, a faixa etária até 24 anos encontrou-se significativamente menos dependente do que a faixa etária acima de 25 anos ( $t=4,78$ ;  $p<0,0001$ ).

Conforme o esperado, o tempo para acender o primeiro cigarro após acordar está fortemente associado com o número de cigarros fumados por dia. Dos fumantes de 1-5 cigarros por dia, 26,1% fumavam seu primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, enquanto, dos fumantes pesados, 92,9% fumavam seu primeiro cigarro com menos de meia hora após acordar ( $p<0,0001$ ). Quanto à distribuição por gênero, as mulheres (66%) tenderam mais a fumar seu primeiro cigarro antes de 30 minutos após acordar do que os homens (62%;  $p<0,0001$ ) (tabela 7).

**Tabela 6 – RELAÇÃO ENTRE FAIXA ETÁRIA E FNMT NOS FUMANTES ENTREVISTADOS**

<b>Faixa etária</b>	<b>Média do FNMT</b>
Até 17 anos	3,42
18 – 24 anos	3,48
25 – 34 anos	4,15
35 – 44 anos	4,42

*Legenda:*

total entrevistado: 800 fumantes

**Tabela 7 – TEMPO PARA ACENDER O PRIMEIRO CIGARRO APÓS ACORDAR, EM RELAÇÃO AO SEXO DO FUMANTE ENTREVISTADO**

<b>Sexo</b>	<b>Dentro de 5 min</b>	<b>6 a 15 min</b>	<b>16 a 30 min</b>	<b>31 min a 1 h</b>	<b>1 a 2 h</b>	<b>Mais de 2 h</b>	<b>Não sabe</b>
Homem	30,7%	6,7%	24,1%	3,3%	16,6%	17,8%	0,8%
Mulher	32,9%	9,8%	22,6%	4,7%	12,4%	16,2%	1,3%

*Legenda:*

total entrevistado: 800 fumantes

#### 4.2.2 Motivação

No momento da entrevista, 80,5% dos fumantes relataram desejo de parar de fumar. Houve uma variação na proporção de fumantes que gostaria de largar o cigarro em cada cidade (tabela 8). Essa diferença, porém, não apresentou significância estatística ( $p=0,012$ ).

Homens e mulheres pouco diferiram em sua motivação. A maioria dos homens desejava parar (83%) e 2,8% estavam indecisos. Entre as mulheres, 78% queriam abster-se do fumo, com 3,6% indecisas no momento da entrevista.

A proporção de fumantes em cada grupo (divididos de 1 a 4, de acordo com seu grau de motivação e de dependência) encontra-se na tabela 9.

Entre os dois grupos (1 e 2) que expressaram o desejo de parar de fumar, 66,4% já haviam realizado tentativas anteriores, enquanto apenas 33,4% dos fumantes dos grupos não motivados (3 e 4) haviam tentado anteriormente ( $X^2=56,3$ ,  $p<0,0001$ ).

Entre os que desejavam parar, mas eram muito dependentes, 34,4% já haviam feito mais de 4 tentativas anteriores. A percentagem correspondente no grupo dos motivados e pouco dependentes foi de 36,8%. Em contraste, entre os fumantes do grupo não motivado e muito dependente apenas 16% já tinham feito mais de 4 tentativas. A percentagem correspondente no grupo de pouco motivados e pouco dependentes foi de 21,8%. Os grupos mais motivados haviam feito mais tentativas de parar de fumar, com o resultado se aproximando da significância estatística ( $p=0,0891$ ). Existe diferença significativa se considerarmos o grupo 1 em comparação com o grupo 3 ( $p=0,042$ ) e o grupo 2 comparado ao grupo 3 ( $p=0,0247$ ).

**Tabela 8 – FUMANTES QUE RELATARAM DESEJO DE PARAR DE FUMAR NAS 4 CAPITAIS ESTUDADAS**

<b>Cidade</b>	<b>Percentagem</b>
Recife	87,0%
Rio de Janeiro	82,3%
São Paulo	80,3%
Porto Alegre	72,0%

*Legenda:*

total entrevistado: 800 fumantes

**Tabela 9 – DISTRIBUIÇÃO DE FUMANTES ENTREVISTADOS NOS GRUPOS, DE ACORDO COM GRAU DE MOTIVAÇÃO E DEPENDÊNCIA**

<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>Percentagem</b>
Grupo 1 (muito dependentes / muito motivados)	358	44,8%
Grupo 2 (pouco dependentes / muito motivados)	285	35,7%
Grupo 3 Muito dependentes / pouco motivados	87	10,9%
Grupo 4 Pouco dependentes / pouco motivados	69	8,6%

*Legenda:*

total entrevistado: 800 fumantes

N: número de indivíduos

### 4.2.3 Hábitos, atitudes e crenças

Com o objetivo de investigar seus hábitos, atitudes e crenças, os entrevistados receberam um questionário com uma série de afirmações, às quais eram instruídos a responder, utilizando uma escala de 0-10 (sendo 0 discordo totalmente e 10 concordo plenamente), o quanto acreditavam que a afirmação era verdadeira (figuras 3 e 4).

Observou-se que os fumantes menos dependentes tenderam a ter um grau maior de concordância com as afirmações, independentemente de desejarem parar (grupo 2: média=6,15, dp=4,0) ou não (grupo 4: média=6,44, dp=4,2). Houve diferença significativa entre os grupos mais e menos dependentes ( $t=4,6$ ,  $p<0,0001$ ) (figura 3).

Em resposta à afirmação “eu poderia parar de fumar amanhã, se eu quisesse”, os mais dependentes tenderam a discordar independentemente de quererem parar (grupo 1: média=4,78, dp=4,0) ou não (grupo 3: média=4,47, dp=4,1). Os menos dependentes tenderam a concordar, independentemente do desejo de parar (figura 3).

Fumantes que queriam parar, independentemente do grau de dependência à nicotina, apresentaram o mesmo grau de concordância com a afirmação: “eu desistiria de fumar amanhã se eu pensasse que eu posso” (grupo 1: média=7,92, dp=3,4; grupo 2: média=7,82, dp=3,5;  $p=0,72$ , muito e pouco dependentes, respectivamente). Entre os fumantes sem motivação para parar de fumar, os mais dependentes apresentaram menor grau de concordância (grupo 3: média=5,77, dp= 4,2) do que os menos dependentes (grupo 4: média=6,78, dp=3,9), com diferença se aproximando de significância estatística ( $p=0,09$ ) (figura 3).

Os fumantes mais motivados a parar de fumar tenderam a concordar mais com a frase “se existisse uma pílula que garantisse que eu ficaria sem fumar para sempre, eu a compraria” (grupo 1: média=8,08, dp=3,4; grupo 2: média=7,44, dp=3,8; muito e pouco dependentes, respectivamente;  $t=7,7$ ,  $p<0,0001$ ) (figura 3).

Como era de se esperar, os fumantes mais dependentes mostraram um maior grau de concordância com a afirmação “eu realmente sinto falta do primeiro cigarro do dia” (grupo 1: média=8,62, dp=2,9; grupo 3: média=8,39, dp=3,1; muito e pouco motivados, respectivamente;  $p<0,0001$ ). Fumantes menos dependentes demonstraram menor concordância (grupo 2: média=5,76, dp=4,0; grupo 4: média=5,38, dp=4,4; muito e pouco motivados, respectivamente;  $t=9,4$ ,  $p<0,0001$ ). Os fumantes menos dependentes concordaram mais com as seguintes afirmações: “eu dificilmente fumo



quando estou sozinho” e “eu posso passar horas sem cigarro, sem nem mesmo pensar nisso” ( $p < 0,001$ , comparando com fumantes com maior grau de dependência) (figura 3).

Já nos dois grupos de fumantes mais motivados (grupos 1 e 2), as seguintes afirmações foram as que obtiveram maior pontuação: “eu prefiro que meu companheiro não fume” (média de concordância=7,24), “fumar é a maior causa de doença e morte em meu país” (6,91), “deveriam ser exigidas fortes advertências relacionadas à saúde nas embalagens de cigarro” (6,61) e “todas as propagandas de cigarro deveriam ser banidas do Brasil” (6,46), independentemente do grau de dependência (figura 3).

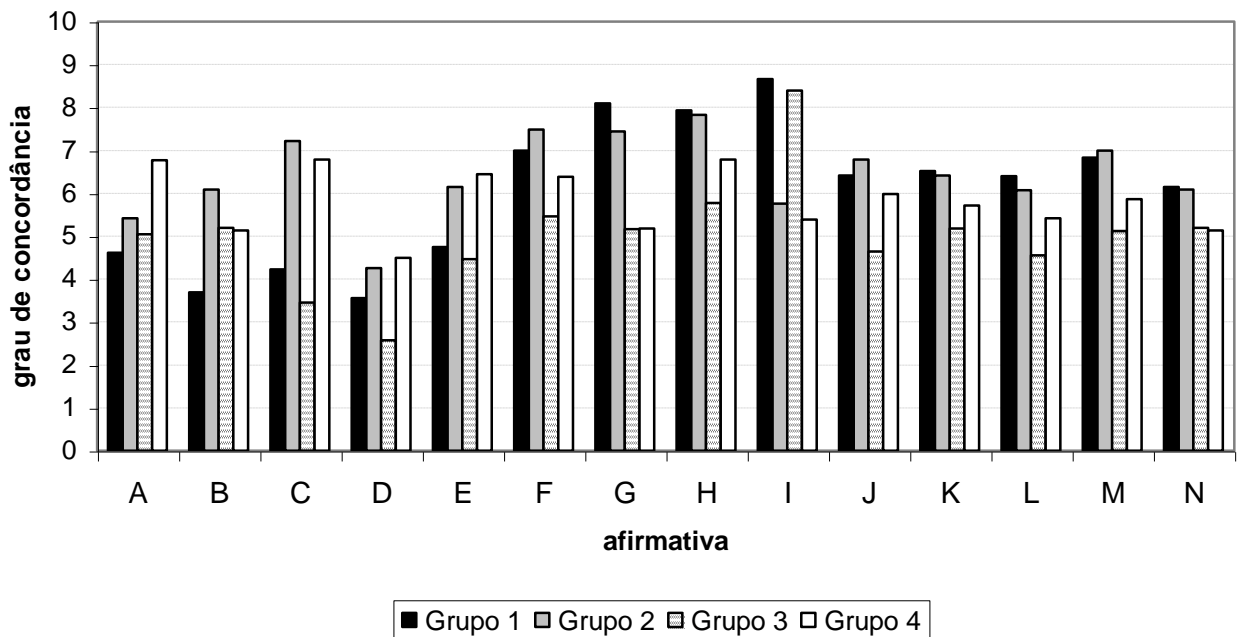
Nesses mesmos grupos de fumantes (grupos 1 e 2), os fatores de maior influência futura nos esforços para deixar de fumar foram “preocupação em expor suas crianças, família e amigos a fumaça de cigarro” (média de concordância=8,27) e “preocupação de que seus filhos irão começar a fumar por verem vocês fazendo isto” (8,00). Em todas as afirmações o grau de concordância foi maior nos grupos motivados a parar de fumar ( $p = 0,004$ , para todas as comparações entre grupos mais motivados e desmotivados) (figura 4).

Para todas as médias apresentadas nas figuras 3 e 4, o desvio padrão variou entre 2,83 e 4,40 e o erro padrão variou de 0,15 a 0,53.

Quanto às crenças a respeito de restrições e outras políticas públicas de controle do tabagismo, as afirmações com que mais freqüentemente os fumantes concordaram foram: “as mulheres deveriam fazer um esforço especial para deixar de fumar enquanto estão grávidas” (9,36), “não deveria ser permitido fumar em hospitais” (9,24), “restaurantes e outros lugares públicos deveriam proporcionar áreas para não-fumantes” (8,95), “as pessoas não deveriam nunca fumar na presença de crianças, mesmo em casa” (8,90) e “os não-fumantes deveriam não ter que ficar expostos à fumaça de cigarros em restaurantes, transportes públicos ou outros lugares públicos” (8,48).

Já entre os jovens (14 a 17 anos), os fatores de maior influência futura nos esforços para deixar de fumar foram “preocupação em expor suas crianças, família e amigos a fumaça de cigarro” (média de concordância=7,89), “o aumento das evidências concernentes aos riscos de saúde do fumar” e “conselho de um médico” (média=7,29, para ambos os fatores) e “disponibilidade de um serviço a preços baixos para parar de fumar” (média=7,09).

**Figura 3 – GRAU DE CONCORDÂNCIA DOS FUMANTES ENTREVISTADOS ACERCA DE POLÍTICAS E HÁBITOS RELACIONADOS AO CIGARRO**



*Legenda :*

**Grupo de fumantes**

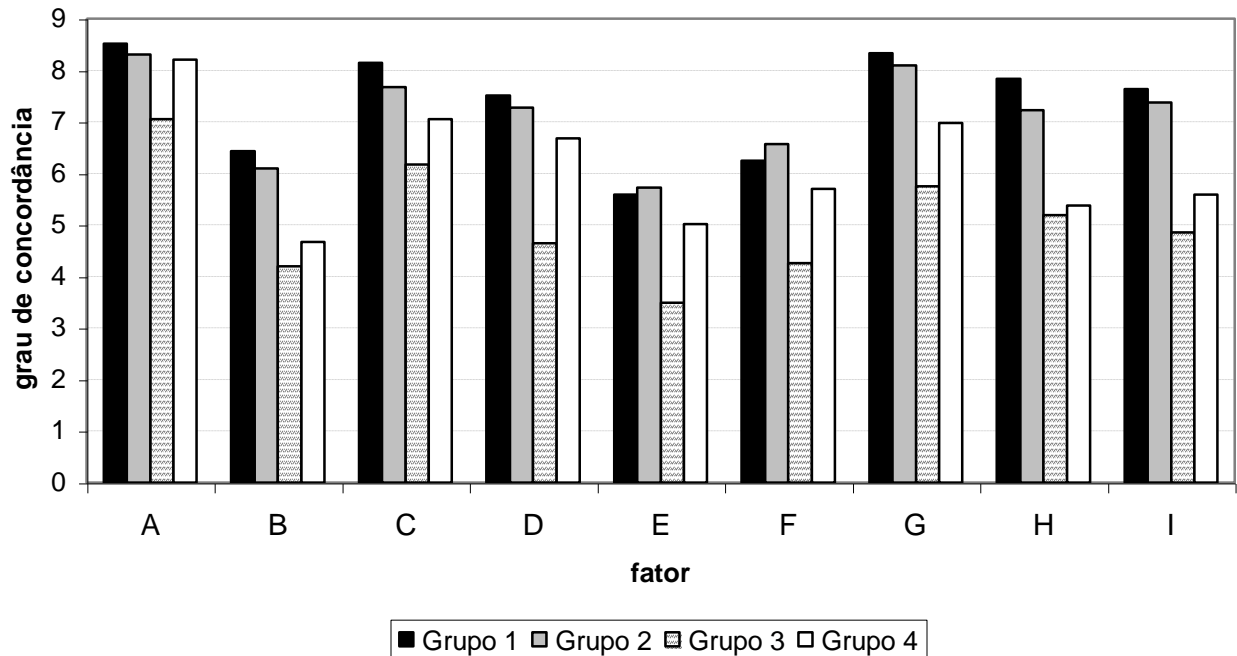
- 1 – muito dependentes / muito motivados
- 2 – pouco dependentes / muito motivados
- 3 – muito dependentes / pouco motivados
- 4 – pouco dependentes / pouco motivados

**Fatores**

- A – É fácil deixar de fumar por conta própria, sem ajuda de um médico ou de um produto para parar de fumar.
- B – Eu dificilmente fumo quando estou sozinho.
- C – Eu posso passar horas sem cigarro, sem nem mesmo pensar nisto.
- D – Eu somente fumo quando estou conversando com amigos.
- E – Eu poderia parar de fumar amanhã, se eu quisesse.
- F – Eu prefiro que meu companheiro não fume.
- G – Se existisse uma pílula que garantisse que eu ficaria sem fumar para sempre, eu a compraria.
- H – Eu desistiria de fumar amanhã se eu pensasse eu que posso.
- I – Eu realmente sinto falta do primeiro cigarro do dia.

- J – Deveriam ser exigidas fortes advertências relacionadas à saúde nas embalagens de cigarro.
- K – Todas as propagandas de cigarro deveriam ser banida do Brasil.
- L – Todas as promoções de cigarro, tais como o patrocínio da Fórmula 1, deveriam ser banidas em todo mundo .
- M – Fumar é a maior causa de morte e doença em meu país.
- N – As companhias de cigarro deveriam ser responsabilizadas pelas doenças e mortes de não-fumantes atribuíveis ao fato dos outros fumarem.

**Figura 4 – GRAU DE CONCORDÂNCIA DOS FUMANTES ENTREVISTADOS EM RELAÇÃO A FATORES QUE OS INFLUENCIARIAM NA DECISÃO DE PARAR DE FUMAR**



*Legenda:*

#### Grupo de fumantes

- 1 – muito dependentes / muito motivados
- 2 – pouco dependentes / muito motivados
- 3 – muito dependentes / pouco motivados
- 4 – pouco dependentes / pouco motivados

#### Fatores

- A – Preocupação em expor suas crianças e família e amigos a fumaça de cigarro.
- B – Disponibilidade de um serviço grátis de aconselhamento por telefone.
- C – Preocupação de que seus filhos irão começar a fumar por verem vocês fazendo isto.
- D – Conselho do seu médico de que você deveria parar de fumar.
- E – Conselho do seu farmacêutico de que você deveria parar de fumar.
- F – O aumento das evidências concernentes aos riscos de saúde do fumar.
- G – Uma disponibilidade mais ampla de tratamentos e produtos efetivos para ajudar as pessoas a parar de fumar.
- H – Disponibilidade de um serviço especializado em ajudar as pessoas a deixar de fumar, com uso de medicações e psicoterapia, e a preços baixos.

#### 4.2.4 Conselho médico

Do total da amostra, 47,3% já havia sido advertida por um médico a parar de fumar, tendo havido variação entre os quatro grupos ( $p < 0,0001$ ). O grupo dos muito dependentes e muito motivados (grupo 1) foi o mais advertido (56,5%) e o grupo dos menos dependentes e menos motivados (grupo 4) (31,7%) foi o menos aconselhado a deixar de fumar ( $p < 0,0001$ ). Os menos dependentes que desejavam parar (grupo 2) também foram mais aconselhados do que os grupos 3 ( $p = 0,04$ ) e 4 (grupos menos motivados), esse último com diferença se aproximando de significância estatística ( $p = 0,06$ ). Entretanto, apenas 21,0% do total da amostra recebeu instruções do seu médico sobre como fazer para deixar o cigarro. Além disso, 14,2% dos fumantes entrevistados relataram que seu médico fumava, 60,0% dos quais fumavam diante de seus pacientes.

Embora 50,4% dos fumantes relatassem que pagariam por um produto eficaz que os ajudasse a deixar de fumar, apenas 30,4% procurariam um médico em busca do medicamento, apesar de 65,8% da amostra ir ao médico pelo menos uma vez por ano.

#### 4.2.5 Percepção de risco

Apresentamos aos fumantes uma lista de seis doenças (enfarte agudo do miocárdio, hipertensão arterial, asma, câncer de pulmão, enfisema e derrame cerebral) e perguntamos quais delas estavam diretamente ligadas ao tabaco. A doença que mais foi relacionada ao uso do cigarro foi câncer de pulmão (92%) e a que foi menos relacionada foi hipertensão arterial (0,7%). Por outro lado, os fumantes acreditavam que a nicotina, isoladamente, estava relacionada com as seguintes doenças: câncer de pulmão (79,9%), enfisema pulmonar (67,5%) e asma (64,6%).

Das doenças listadas, 6,17% da amostra acreditava que apenas uma delas estava relacionada ao uso do cigarro, enquanto 58,5% acreditava que todas essas doenças tinham relação com o tabaco.

#### 4.2.6 Comparação com dados europeus

Mais fumantes brasileiros (80,5%) expressaram desejo de parar de fumar (83% dos homens e 78% das mulheres) do que fumantes na Europa, onde apenas 57% desejavam largar o cigarro (54% dos homens e 60% das mulheres). Também é interessante notar que os fumantes brasileiros tiveram mais tentativas de parar de fumar que os europeus (5,2 e 3,6, para fumantes brasileiros e europeus, respectivamente;  $p < 0,0001$ ).

Além disso, o grupo europeu apresentou maior abrangência de faixas etárias de fumantes pesados (35 a 65 anos de idade) do que o brasileiro (45 a 54 anos).

Brasileiros concordaram mais com a afirmativa “deveriam ser exigidas fortes advertências relacionadas à saúde nas embalagens de cigarro” (7,7 para fumantes brasileiros e 5,5 para europeus;  $p < 0,0001$ ).

De acordo com o termômetro ASC (*anti smoking climate*) (Boyle et al, 2000), o Brasil foi o país com maior pontuação (378), enquanto a Áustria foi o com menor pontuação (258) (tabela 10). Além disso, o Brasil obteve maiores pontuações do que a maioria dos países ( $p < 0,0001$ ), com exceção da Irlanda ( $p = 0,007$ ), Luxemburgo ( $p = 0,015$ ), Polônia ( $p = 0,033$ ) e Suécia ( $p = 0,051$ ), em que a diferença apenas se aproximou da significância (tabela 10).

**Tabela 10 – TERMÔMETRO ANTI-SMOKING – DADOS BRASILEIROS E EUROPEUS**

N.º	País	Afirmativa					Escore total	p*
		A	B	C	D	E		
1	Brasil	66	80	82	60	90	378	-----
2	Polônia	59	69	73	76	91	368	0,0330
3	Suécia	49	84	55	80	90	358	0,0512
4	Grécia	59	72	74	49	86	340	<0,0001
5	Irlanda	63	62	72	55	86	338	0,0066
6	Reino Unido	55	66	64	67	81	333	<0,0001
7	Espanha	55	56	71	44	84	310	<0,0001
8	Dinamarca	76	45	33	68	84	306	<0,0001
9	Holanda	41	65	45	75	80	306	<0,0001
10	França	49	59	64	51	82	305	<0,0001
11	Finlândia	36	73	47	63	84	303	<0,0001
12	Bélgica	45	56	61	53	85	300	<0,0001
13	Itália	54	37	66	49	85	291	<0,0001
14	Luxemburgo	37	43	63	58	85	286	0,0149
15	Portugal	52	43	66	41	82	284	<0,0001
16	Alemanha	43	38	61	43	81	266	<0,0001
17	Áustria	41	38	61	38	80	258	<0,0001

*Legenda:*

A – Maior causa de morte

B – Deseja parar

C – Mais ações do governo

D – Tentativas de parar

E – Ambientes livres de cigarro

\* Valores de p para comparações com Brasil

## 5 DISCUSSÃO

Esta pesquisa tornou disponíveis, pela primeira vez, dados sobre hábitos, atitudes e crenças de fumantes brasileiros acerca de parar de fumar. Embora o estudo tenha sido realizado em apenas quatro grandes capitais do país, podemos ponderar que os dados refletem, ao menos aproximadamente, os do Brasil como um todo.

Devido ao fato de o número de fumantes em cada cidade ser pequeno (300 no Rio de Janeiro, 300 em São Paulo, 100 no Recife e 100 em Porto Alegre), não foi possível a obtenção de dados que fossem estatisticamente relevantes para comparação entre as cidades.

Por outro lado, a pesquisa também possibilitou comparação com dados europeus, uma vez que, de maneira geral, se utilizou a mesma metodologia da pesquisa européia. Embora existam algumas diferenças metodológicas (número de sujeitos do estudo e critério de inclusão – no estudo brasileiro, fumante foi definido como alguém que fuma pelo menos um cigarro por semana, enquanto na pesquisa européia fumante foi definido como aquele que fuma pelo menos um cigarro por dia), acreditamos que os resultados aqui obtidos possam ser comparados com os de outros estudos.

Serão relatados a seguir os dados que parecem ter implicações importantes na política de controle do tabagismo do país:

1 – O resultado que pareceu de maior relevância no estudo foi a percentagem de fumantes motivados a parar de fumar. Do total da amostra brasileira, 80,5% referiu que desejava parar de fumar. Este parece ser um dado bastante promissor se comparado com as percentagens de outros países da Europa (Boyle et al, 2000), como Alemanha (38%;  $p < 0,0001$ ), Áustria (38%;  $p < 0,0001$ ) e Itália (37,2%;  $p < 0,001$ ). Entre os países da Europa com fumantes mais motivados, as percentagens variaram de 85%, na Suécia ( $p = 0,267$ ), a 61%, na Irlanda ( $p = 0,003$ ) (tabela 10). É notável que a Suécia seja o único país da Europa com um grau de motivação maior do que o Brasil, embora essa diferença não atinja significância estatística. É interessante também o fato de brasileiros terem feito mais tentativas de parar do que europeus, provavelmente pelo maior grau de motivação. Esses resultados sugerem que o Brasil parece encontrar-se em um momento favorável no sentido da diminuição da prevalência de fumantes.



2 – O segundo achado mais importante do estudo relaciona-se à consciência pública dos malefícios advindos do tabagismo passivo. Os fumantes brasileiros motivados apresentaram uma grande preocupação com a exposição de crianças, família e amigos à PTA, assim como com a exposição de bebês ao tabagismo materno. Também na pesquisa realizada pelo INCA (comunicação pessoal<sup>\*</sup>), relatos nesse sentido se fizeram presentes. Nesse estudo, 85% dos fumantes acreditavam que “pessoas que nunca fumaram e que passam anos respirando a fumaça de cigarros de outras pessoas podem morrer de várias doenças, inclusive do coração” e 53% achavam que “deve ser proibido fumar em todas as áreas dos espaços dos restaurantes”.

A partir desse resultado, pode-se concluir que o governo brasileiro deveria abordar a preocupação com terceiros em campanhas de saúde pública e utilizar essa preocupação como um elemento de motivação na criação de ambientes livres de cigarro. É importante lembrar que os fumantes motivados são os que estão mais próximos do estágio de ação apresentado por Prochaska e DiClemente (1983). Assim, tais campanhas poderiam auxiliar a mover os fumantes rapidamente para esse estágio.

3 – No Brasil, assim como na Europa (Boyle et al, 2000), constatou-se que fumantes mais dependentes sentiam-se menos capazes de parar. Assim, a divulgação de que a nicotina é uma droga e de que para tal dependência já estão disponíveis medicamentos e técnicas psicoterápicas que diminuem o sofrimento e auxiliam a tentativa de abstinência provavelmente aumentaria as taxas nacionais de abstinência.

4 – Os mais motivados, por outro lado, tanto no Brasil quanto na Europa (Boyle et al, 2000), foram os que se colocaram mais dispostos a “parar amanhã”, caso obtivessem ajuda, e a usar uma “pílula” que os ajudasse a deixar de fumar. Além disso, os brasileiros entrevistados afirmaram, mais que os europeus, que o governo deveria ajudar mais ativamente os indivíduos a deixar de fumar. Esses resultados indicam que mais esforços devem ser realizados para aumentar a disponibilidade desses tratamentos, oferecendo medicação gratuita e serviços de cessação de tabagismo em hospitais públicos. A portaria n. 1.575, de 29.08.2002, assinada pelo Ministro da Saúde Jarbas Negri, comprometendo-se a oferecer tratamento psicológico e medicações

---

\* Figueiredo VC. Divisão de Epidemiologia e Vigilância da COMPREV / Instituto Nacional de Câncer. 2002. Comunicação pessoal.

(terapias de reposição de nicotina e bupropiona) gratuitos à população fumante, encontra-se em concordância com esse achado do nosso estudo. Caso ela venha a ser cumprida, mais pessoas deixarão de fumar, diminuindo assim a prevalência de tabagismo e a mortalidade e a morbidade relacionadas ao tabaco.

5 – Também se observou que, quanto maior a motivação do fumante brasileiro, maior o número tentativas anteriores para abster-se. Entre os fumantes motivados, 71,4% já haviam feito mais de 4 tentativas anteriores. Estes fumantes provavelmente farão outras tentativas e, se assistidos, terão suas chances de sucesso aumentadas de 2,5% para até mais de 20%, dependendo da intensidade do apoio oferecido.

6 – Quanto ao aconselhamento médico para deixar de fumar, nossa pesquisa possibilitou a verificação de que no Brasil, assim como constatado nos EUA (Williams et al, 2001) e na Europa (Boyle et al, 2000), o conselho médico parece ser um fator que aumenta muito a probabilidade de tabagistas motivados tentarem a abstinência. No entanto, nosso estudo mostra que poucos médicos brasileiros aconselham seus pacientes a parar de fumar, ainda que em percentual maior do que na Europa, onde somente um terço dos fumantes foi aconselhado a parar. Tal fato se aplicou tanto a fumantes pesados como a fumantes menos dependentes. Além disso, verificamos que uma quantidade ainda menor de profissionais esclarecia aos fumantes sobre como fazer para deixar de fumar, dado que é corroborado com recente estudo no Sul do Brasil, que também revelou que poucos estudantes de Medicina estão habituados a exercer essa prática (Daudt et al, 1999).

Conclui-se a partir disso que o treinamento de médicos, particularmente os da rede pública, que têm alcance a uma faixa maior da população, é fundamental para aumentar as taxas de abstinência em fumantes. Além disso, tal treinamento deveria abranger graduados e graduandos. Dessa forma, tais profissionais saberiam que mesmo fumantes leves e tabagistas passivos são atingidos pelos malefícios do tabaco. Também estariam cientes da importância de seus conselhos na saúde de seus pacientes, teriam maior consciência de que são um modelo de comportamento e de que fumar diante de seus pacientes é inadequado, assim como aprenderiam a efetivamente os ajudar a parar.

7 – Ainda hoje, no Brasil, os malefícios do fumo são subestimados, constatação feita a partir dos resultados de que pouco mais da metade dos fumantes entrevistados em nosso estudo relacionou o tabaco a todas as seis doenças diretamente ligadas ao fumo citadas no questionário. Esse dado revela a necessidade da realização de campanhas de alerta sobre os prejuízos provocados pelo fumo, visto que, segundo os entrevistados motivados, um dos fatores de maior influência em seus esforços para largar o cigarro era a conscientização acerca desses malefícios. Num estudo prospectivo, Hampson et al (2000) encontraram que a percepção de risco é um fator preditor da redução do número de cigarros fumados. Nosso achado, por outro lado, está em concordância com estudos norte-americanos e ingleses (Clark et al, 1997; Hymowitz et al, 1997; West et al, 2001), nos quais a percepção dos malefícios do fumo foi selecionada pelos fumantes como a razão mais comum para deixar de fumar.

É importante salientar que nosso estudo foi realizado antes de ter sido iniciada a divulgação de fotos relativas aos malefícios do fumo nos maços de cigarro. Assim, de acordo com a expectativa sustentada, no presente momento, por nosso estudo, tal medida deverá ter impacto positivo, aumentando a consciência dos danos causados pelo fumo e, por conseqüência, diminuindo ainda mais a prevalência de fumantes em nosso país.

Por outro lado, o fumante brasileiro ainda atribui grande parte das doenças relacionadas ao tabaco à nicotina pura, engano que deve dificultar a utilização de terapias de reposição de nicotina no tratamento da síndrome de abstinência tabágica. Há evidências de que a venda de terapias de reposição de nicotina sem prescrição médica (OTC) aumenta significativamente o número de novos ex-fumantes (Shiffman et al, 1997). Assim, faz-se necessário o esclarecimento à população do papel exato dos componentes do tabaco: o da nicotina na dependência e o de outros componentes no adoecimento e morte precoces.

8 – A verificação de que a pontuação no questionário de Fagerström foi tanto maior quanto maior a faixa etária entrevistada evidencia um aumento no grau de dependência de nicotina com o passar dos anos. Dessa forma, as campanhas antifumo devem ter especificamente nos jovens tabagistas um importante público-alvo, a fim de impedir o progresso da dependência nesses indivíduos, antes que suas tentativas futuras de abstinência sejam dificultadas com a idade. Embora os jovens não procurem

tanto o tratamento quanto os adultos, ambos se beneficiam igualmente do tratamento (Patten et al, 2001).

9 – Tanto no nosso estudo quanto no realizado pelo INCA (comunicação pessoal\*) encontrou-se grande concordância com a proposta de proibição de propagandas de cigarro no Brasil. Na pesquisa do INCA, 70% dos entrevistados concordaram que “o governo deve proibir todas as propagandas de cigarros” e 76% concordaram que “o governo deve proibir que se use o esporte para fazer publicidade de cigarros”.

Este é um índice bastante confiável de que os fumantes sentem-se vítimas do *marketing* realizado pela indústria tabageira e de que o governo brasileiro está “indo pelo caminho certo”, uma vez que já foi promulgada a Lei 10.167, de 27 de dezembro de 2000 (*Diário Oficial*). Tal lei dispõe que a propaganda comercial de produtos fumígenos só poderá ser efetuada por meio de pôsteres, painéis e cartazes, na parte interna dos locais de venda; e proíbe o patrocínio pela indústria tabageira de atividade cultural ou esportiva.

10 – Nossos resultados parecem apontar uma diferença na motivação dos fumantes entre as cidades. Esses dados não podem ser conclusivos, entretanto, uma vez que o número de fumantes entrevistados em cada cidade foi muito pequeno. Este é um campo bastante promissor e são necessários mais estudos nessa área.

11 – O fumante brasileiro está altamente motivado a deixar de fumar se o compararmos com o dos países europeus, como comprovado por meio da pontuação no “termômetro antitabaco”. Esse resultado foge à expectativa geral para um país em desenvolvimento. Algumas explicações para essa discordância são as que se seguem:

a) O conceito de clima antitabaco é muito complexo e o instrumento “termômetro antitabaco” não foi testado em sua confiabilidade e validade.

b) Uma vez que o estudo foi feito em grandes metrópoles, a amostra brasileira compreendeu principalmente indivíduos de classe média, com níveis educacionais mais altos que os da população geral, aproximando nossa amostra da européia.

---

\* Figueiredo VC. Divisão de Epidemiologia e Vigilância da COMPREV / Instituto Nacional de Câncer. 2002. Comunicação pessoal.

c) Diferenças no critério de inclusão das duas amostras. Em nosso estudo, incluímos indivíduos acima de 14 anos, enquanto no europeu foram incluídos apenas aqueles acima de 18 anos. Assim, nossa amostra tende a ser menos dependente de nicotina e, portanto, mais motivada para parar. Os dados são comparáveis, entretanto, uma vez que usamos a mesma metodologia e que os fumantes mais dependentes perfazem a mesma percentagem nos estudos do Brasil e da Europa (56,0% vs. 55,4%, respectivamente).

d) O número de participantes do estudo brasileiro, apesar de ter sido pequeno, continua podendo ser comparado ao europeu uma vez que ambos os estudos tiveram sua análise estatística feita no mesmo local.

e) A comparação entre 4 metrópoles brasileiras e 17 países da Europa pode ser questionada, uma vez que 4 metrópoles não representam o Brasil, e que as culturas brasileira e europeia são muito diferentes. Entretanto, o Brasil apresentou pontuações mais elevadas tanto em relação a países de cultura similar à sua, como a Itália, por exemplo, como em relação a países de cultura absolutamente diversa da sua, como a Finlândia.

A partir da análise de todos os dados apresentados, pode-se concluir que o clima é favorável no sentido da redução da prevalência de fumantes no Brasil por meio da promoção da abstinência. Esse dado nos impressiona, uma vez que esse fenômeno ocorre em um país onde o preço do maço de cigarros é baixo, ainda se vende cigarro para menores, e em que na época do estudo ainda se permitia propaganda na televisão. Parece que, mesmo com esses obstáculos, a mobilização da mídia, de grupos antifumo (sociedades médicas e organizações privadas) e do governo deve ter realmente causado impacto.

Mais ações de controle do tabagismo foram executadas após a realização desse estudo, e outras ainda podem ser feitas.

Sob a perspectiva de um programa abrangente de controle do tabagismo, a proibição da propaganda de cigarros e a maior divulgação dos malefícios do tabagismo ativo e passivo diminuirão a atratividade dos cigarros. Em sinergia, o treinamento de médicos das redes pública e privada em técnicas de aconselhamento para parar de

fumar, a divulgação de uma maior disponibilidade de serviços e medicamentos grátis para tratamento do fumante e o esclarecimento do papel da nicotina na dependência e em seu tratamento aumentarão o percentual de ex-fumantes em nosso país. Mais importante ainda, tais ações atingirão não somente fumantes adultos, mas também jovens.

## 6 CONCLUSÕES

1 – O Brasil encontra-se num momento favorável no sentido da diminuição da prevalência de fumantes.

2 – O governo brasileiro deveria utilizar a preocupação com terceiros em campanhas da saúde pública e como um elemento de motivação na criação de ambientes livres de cigarro.

3 – Deve-se divulgar mais que a nicotina é uma droga e que para tal dependência já estão disponíveis medicamentos e técnicas psicoterápicas que diminuem o sofrimento e auxiliam a tentativa de abstinência.

4 – Mais esforços devem ser realizados para aumentar a disponibilidade desses tratamentos, oferecendo, se possível, medicação gratuita e serviços de cessação de tabagismo em hospitais públicos.

5 – Campanhas de alerta sobre os malefícios do fumo ainda se fazem necessárias.

6 – As campanhas antifumo devem ter nos jovens tabagistas um importante público-alvo, a fim de impedir o progresso da dependência nesses indivíduos, dificultando, assim, suas tentativas futuras de abstinência.

7 – Fumantes brasileiros sentem-se vítimas do *marketing* realizado pela indústria tabageira e apóiam a proibição a propaganda de cigarros. É certo, assim, esperar que a recente medida do então governo da República, que se deu depois desse estudo, causará bom impacto tanto em fumantes quanto em não-fumantes.

8 – Esse estudo encoraja não somente algumas mudanças nas políticas antifumo do nosso país, mas também a continuidade do trabalho do governo, e das demais sociedades e organizações para a redução da prevalência de fumantes.

## 7 ANEXO

## QUESTIONÁRIO USADO EM CAMPO

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_/99

Crítica: \_\_\_\_\_ Conf.: \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO FUMANTES

\_\_\_\_\_

## QUEST.

**Cidades:**

Rio de Janeiro .....	6 - 0
São Paulo .....	1
Porto Alegre .....	2
Recife .....	3

**Sexo**

Masculino .....	7 - 0
Feminino.....	1

**Classe social** (Brasil)

A.....	8 - 0
B.....	1
C.....	2
D.....	3

**Idade**

14 - 17 .....	9 - 0
18 - 24 .....	1
25 - 34 .....	2
35 - 44 .....	3
45 - 54 .....	4



FILTRO
--------

**F1.** O Sr(a) ou alguma pessoa de sua casa trabalha em algumas destas atividades? (*Cartão*)

- |  |        |   |                |
|--|--------|---|----------------|
| - <i>Marketing</i> ou propaganda.....                    | 10 - 0 | } | <i>Encerre</i> |
| - Jornalismo, mídia.....                                 | 1      |   |                |
| - Relações públicas.....                                 | 2      |   |                |
| - Indústria farmacêutica .....                           | 3      |   |                |
| - Profissões relacionadas à medicina .....               | 4      |   |                |
| - Fabricação de cigarros .....                           | 5      |   |                |
| - Atacado ou varejo de produtos médicos ou farmacêuticos | 6      |   |                |
| - Fabricantes de carros .....                            | 7      |   |                |
| Outros _____   | 8      |   |                |
- especificar

**F2.** Quantos anos o(a) Sr(a) fez em seu último aniversário?

\_\_\_\_\_ anos (*verifique quotas*)

**F3.** Quais destas alternativas melhor descreve sua ocupação atual? (*Cartão*)

- |   |   |
|---|---|
| - Trabalha tempo integral.....                      | 0 |
| - Trabalha meio período.....                        | 1 |
| - Desempregado / procurando emprego .....           | 2 |
| - Estudante .....                                   | 3 |
| - Dona-de-casa (cuidando da casa em tempo integral) | 4 |
| - Aposentado .....                                  | 5 |

*Entrevistador: vide quotas*

**F4.** Atualmente o(a) Sr(a) fuma cigarros? (*Entrevistador: inclui cigarros embalados e cigarros enrolados à mão*)

- Sim: somente cigarros com embalagem..... 0
- Sim: cigarros enrolados à mão ..... 1
- Ambos ..... 2
- Não ..... 3 → *Encerre*

**F5.** Com quantos anos de idade você começou a fumar regularmente?

\_\_\_\_\_ anos

**F6.** Quais outros produtos de tabaco o(a) Sr(a) também usa? (*RM – ler*)

- Cachimbo ..... **15 - 0**
- Charuto ..... 1
- Cigarro de palha ..... 2
- outros \_\_\_\_\_ **16 -**

especificar

**===== QUESTIONÁRIO PRINCIPAL =====**

**HÁBITO DE FUMAR**

1. As próximas questões são sobre seu hábito de fumar. Aproximadamente, quantos cigarros por dia o(a) Sr(a) fuma habitualmente?

*Entrevistador: escreva o número (nota: se o respondente der a resposta em “maços”, confirmar se são vinte cigarros por embalagem)*

--	--

Cigarros por dia

2. Quanto tempo após acordar de manhã o(a) Sr(a) geralmente fuma seu primeiro cigarro? *(não ler – RU)*

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| - dentro de 5 minutos .....      | 0 |
| - 6 - 15 minutos .....           | 2 |
| - 16 - 30 min / meia hora .....  | 3 |
| - 31 minutos a uma hora .....    | 4 |
| - depois de 1 a 2 horas .....    | 5 |
| - depois de mais de 2 horas..... | 6 |
| - não sabe .....                 | 7 |

3. Você encontra dificuldade em ficar sem fumar em lugares onde é proibido, como, por exemplo, biblioteca, teatro, consultório médico etc.?

- |             |   |
|-------------|---|
| - Sim ..... | 0 |
| - Não ..... | 1 |

4. De qual cigarro você mais detestaria ter de desistir?

- O primeiro da manhã      0
- Todos os outros .....      1

5. Você fuma mais freqüentemente durante as primeiras horas após acordar?

- Sim .....      0
- Não .....      1

6. Você fuma quando está doente e fica na cama a maior parte do dia?

- Sim .....      0
- Não .....      1

*Entrevistador:*

*Se fuma cigarros embalados      → Faça Pergs. 7 A a 7 E*

*Se fuma cigarro enrolado a mão      → P.P. Perg. 8*

7 A. Qual marca de cigarro o(a) Sr(a) fuma mais freqüentemente? (*Entrevistador: registrar marca / nome completo*) (RU)

\_\_\_\_\_

7 B. Essa sua marca é com filtro ou sem filtro?

- Com filtro .....      0
- Sem filtro .....      1

**7 C.** Como você classificaria esta sua marca usando esta escala (*Cartão*)

- Alto teores / *full flavor* / filtro amarelo..... 0
- Médio ..... 1
- *Light* / baixo teor / filtro branco ..... 2
- Não sabe ..... 3

**7 D.** Os cigarros de sua marca são: (*ler*)

- Com filtro claro / branco.... 0
- Com filtro amarelo ..... 1
- Sem filtro ..... 2

**7 E.** Na sua opinião, os cigarros de baixos teores:

- Fazem menos mal para a saúde que os de altos teores .... 0
- Fazem tanto mal para a saúde como os de altos teores .... 1
- Não sabe ..... 2

PARA TODOS
------------

8. Agora vou ler uma série de frase que as pessoas dizem sobre fumar. Para cada uma delas, gostaria de saber o grau em que o(a) Sr(a) *concorda* ou *discorda* delas usando esta escala de 1 a 10, onde (*Cartão*)

10 = CONCORDA TOTALMENTE

1 = DISCORDA TOTALMENTE

- ( ) A) O governo deveria continuar aumentando os impostos sobre cigarros ..... \_\_\_\_\_
- ( ) B) Deveriam ser exigidas fortes advertências relacionadas à saúde nas embalagens de cigarro .... \_\_\_\_\_
- ( ) C) As companhias de cigarro deveriam ser responsabilizadas por doenças relacionadas ao fumo, e mortes entre fumantes ..... \_\_\_\_\_
- ( ) D) Os não-fumantes deveriam não ter que ficar expostos à fumaça de cigarros em restaurantes, transportes públicos ou outros lugares públicos ..... \_\_\_\_\_
- ( ) E) Existe um benefício para a saúde quando você reduz a quantidade do que fuma, mesmo que você não pare de fumar totalmente ..... \_\_\_\_\_
- ( ) F) Todas as propagandas de cigarros deveriam ser banidas do Brasil ..... \_\_\_\_\_
- ( ) G) Todas as promoções de cigarro, tais como o patrocínio da Fórmula 1, deveriam ser banidas em todo mundo ..... \_\_\_\_\_

- ( ) H) Fumar é a maior causa de morte e doença em meu país ..... \_\_\_\_\_
- ( ) I) Restaurantes e outros lugares públicos deveriam proporcionar áreas para não-fumantes ..... \_\_\_\_\_
- ( ) J) Não deveria ser permitido fumar em hospitais ..... \_\_\_\_\_
- ( ) K) O governo deveria se empenhar para ajudar as pessoas a deixarem de fumar ..... \_\_\_\_\_
- ( ) L) É fácil deixar de fumar por conta própria, sem ajuda de médico ou de um produto para parar de fumar .. \_\_\_\_\_
- ( ) M) As mulheres deveriam fazer um esforço especial para deixar de fumar enquanto estão grávidas ..... \_\_\_\_\_
- ( ) N) As companhias de cigarro deveriam ser responsabilizadas pelas doenças e mortes de não-fumantes atribuíveis ao fato de os outros fumarem .. \_\_\_\_\_
- ( ) O) As pessoas não deveriam nunca fumar na presença de crianças, mesmo em casa ..... \_\_\_\_\_
- ( ) P) Deveria haver uma idade mínima para a compra de cigarros ..... \_\_\_\_\_

9. Para cada uma das frases que vou ler, poderia me dizer o grau em que concorda ou discorda delas usando a mesma escala, onde:

*10 = CONCORDA TOTALMENTE*

*1 = DISCORDA TOTALMENTE*

- ( ) A) Eu dificilmente fumo quando estou sozinho(a) ..... \_\_\_\_\_
- ( ) B) Eu posso passar horas sem cigarro, sem nem mesmo pensar nisto ..... \_\_\_\_\_
- ( ) C) Eu somente fumo quando estou conversando com amigos ..... \_\_\_\_\_
- ( ) D) Se um amigo acende um cigarro, eu acabo fazendo o mesmo dali a poucos minutos ..... \_\_\_\_\_
- ( ) E) Eu tento não fumar na frente de crianças pequenas .. \_\_\_\_\_
- ( ) F) Eu já não trago cigarro tanto quanto antes estava habituado ..... \_\_\_\_\_
- ( ) G) Eu nunca fumo enquanto outras pessoas estão comendo ..... \_\_\_\_\_
- ( ) H) Eu só fumo quando estou chateado ..... \_\_\_\_\_
- ( ) I) Eu tenho a tendência de mentir sobre quantos cigarros eu fumo ..... \_\_\_\_\_
- ( ) J) Eu desistiria de fumar amanhã se eu pensasse que eu posso ..... \_\_\_\_\_



- ( ) K) Se existisse uma pílula que garantisse que eu ficaria sem fumar para sempre, eu a compraria ..... \_\_\_\_\_
- ( ) L) Eu estou muito envolvido com minhas coisas para em preocupar em pensar em parar de fumar ..... \_\_\_\_\_
- ( ) M) Eu realmente sinto falta do primeiro cigarro do dia ... \_\_\_\_\_
- ( ) N) Eu poderia parar de fumar amanhã, se eu quisesse . \_\_\_\_\_
- ( ) O) Não deveria haver quaisquer regras sobre fumar em lugares públicos ..... \_\_\_\_\_
- ( ) P) E não acredito que fumar seja tão mau para você quanto algumas pessoas dizem ..... \_\_\_\_\_
- ( ) Q) Eu prefiro que meu companheiro(a) não fume ..... \_\_\_\_\_
- ( ) R) Eu não gosto do cheiro do cigarro das outras pessoas ..... \_\_\_\_\_
- ( ) S) Se fosse provado que os cigarros de baixos teores fazem tão mal para a saúde quanto os de altos teores, eu pararia de fumar ..... \_\_\_\_\_

<b>DESISTÊNCIA / REDUÇÃO</b>
------------------------------

As próximas questões são sobre suas futuras intenções em relação a fumar.

<i>TODOS</i>
--------------

**10 A.** O(a) Sr(a) pretende deixar de fumar algum dia no futuro?

- Sim ..... 0
- Não ..... 1
- Não sabe ..... 2

**10 B.** O(a) Sr(a) deseja reduzir a quantidade do que fuma algum dia no futuro?

- Sim ..... 0
- Não ..... 1
- Não sabe ..... 2

*Entrevistador*

*Se pretende deixar de fumar (Perg 10 A) → Faça Perg 11 a Perg. 13*

*Se não pretende deixar (Perg 10 A) → P.P. Perg. 14 A*

**11.** Quando o(a) Sr(a) pretende fazer sua próxima tentativa séria de deixar de fumar? (*Cartão*) (*RU*)

- Dentro da próxima semana ..... 1
- Dentro do próximo mês ..... 2
- Dentro dos próximos três meses ..... 3

- Dentro dos próximos seis meses..... 4
- Dentro dos próximos doze meses ..... 5
- Dentro de mais do que um ano..... 6
- Não sabe ..... 7

**12.** Quando o(a) Sr(a) pensa em deixar de fumar, alguma coisa lhe preocupa? O quê?

---

*Entrevistador:*

*Se deseja parar de fumar (Perg. 6A) → Faça Perg. 13*

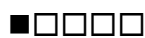
*Se não → Perg. 14 A*

**13.** Agora eu vou lhe mostrar uma série de razões que outras pessoas deram para seu desejo de parar de fumar. Eu gostaria que o(a) Sr(a) me dissesse o quão importante é cada uma para o seu caso pessoal, como razão para você desejar parar de fumar.

Todas as razões estão colocadas aos pares, com cinco quadrados entre elas. Para cada par, escolha a razão que é mais importante para você. Quanto mais próximo você assinalar de cada razão, mais você mostra que ela é importante para você. Se você achar que duas razões são igualmente importantes ou sem importância, assinale o quadrado do meio.

Aqui estão alguns exemplos sobre razões para se sair de férias:

Ter tempo bom, com calor



Encontrar pessoas de  
diferentes países

Praticar novas atividades esportivas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Visitar museus e galerias de arte
Ter muitas atividades p/ crianças	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lugar com paz e sossego

No exemplo acima, o tempo bom é muito mais importante para quem respondeu a questão do que encontrar pessoas de diferentes países. Visitar museus é um pouco mais importante para ela do que esportes, mas a preferência é menos intensa do que no primeiro par.

No terceiro par, o respondente não pode escolher entre atividades para crianças e lugar com paz e sossego, e pode achar que ambas as coisas sejam igualmente importantes ou sem importância.

*Entrevistador: certifique-se de que o respondente entendeu a escala antes de continuar (Rodízio)*

A) A falta de locais onde fumar é permitido	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O alto custo dos cigarros
B) A desaprovação social ao ato de fumar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Preocupação de expor os não-fumantes à fumaça do seu cigarro
C) Os problemas de saúde causado por fumar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A propaganda que fala acerca dos problemas relacionados ao fumo
D) É proibido fumar em local de trabalho	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Meu médico / farmacêutico diz que devo desistir de fumar

- |   |  |  |
|---|--|--|
| E) A preocupação de que suas crianças poderão eventualmente vir começar a fumar porque vêem você fazer isto | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Advertências de risco para a saúde nas embalagens de cigarro   |
| F) Sua esposa, família ou amigos gostariam que você parasse   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | A falta de condicionamento físico causada por fumar  |
| G) O alto custo dos cigarros  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | A desaprovação social ao ato de fumar  |
| H) Preocupação de expor os outros a fumarem de segunda mão por seu cigarro                                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Os problemas de saúde causado por fumar  |
| I) A propaganda que fala acerca dos problemas relacionados ao fumo  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | É proibido fumar em local de trabalho  |
| J) Meu médico / farmacêutico diz que devo desistir de fumar   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | A preocupação de que suas crianças poderão eventualmente vir começar a fumar porque vêem você fazer isto |

- K) Advertências de risco para a saúde nas embalagens de cigarro  Sua esposa, família ou amigos gostariam que você parasse
- L) A falta de condicionamento físico causada por fumar  A falta de locais onde fumar é permitido

TODOS
-------

**14 A.** O(a) Sr(a) já fez alguma vez uma tentativa séria de deixar de fumar? (Isto é, ficar pelo menos 24 horas sem fumar)

- Sim ..... 0 → *Faça Perg. 14 B*
- Não ..... 1 → *P.P. Perg. 18*

**14 B.** Aproximadamente, quantas vezes o(a) Sr(a) já fez tentativas sérias de parar de fumar (definindo tentativas sérias como pelo menos ficar sem fumar por 24 horas)

		vezes
--	--	-------

**14 C.** Quantas vezes nos últimos doze meses, o(a) Sr(a) fez uma tentativa séria de parar de fumar?

		vezes
--	--	-------

**15 A.** Quais dos seguintes métodos de parar de fumar o(a) Sr(a) já experimentou?

**15 B.** Em quantas tentativas de parar de fumar o(a) Sr(a) experimentou esse método?

*Entrevistador: Rodízio – RM*

	15A	5B
	<i>tentou</i>	<i>vezes</i>
( ) Só a força de vontade, sem nenhuma assistência.....	1	
( ) Adesivos de nicotina.....	2	
( ) Goma de mascar de nicotina.....	3	
( ) Inalador de nicotina.....	4	
( ) Outros produtos de ajuda para parar de fumar.....	5	
( ) Aconselhamento de clínica ou grupo para deixar de fumar.....	6	
( ) Sessão de hipnotismo.....	7	
( ) Sessão de acupuntura simples.....	8	
( ) Sessão de acupuntura a <i>laser</i> .....	9	
( ) Sessão de acupuntura <i>infra rouge</i> .....	10	
( ) Aconselhamento / ajuda de um médico.....	11	
( ) Aconselhamento / ajuda de um farmacêutico.....	12	
( ) Apenas reduzir a quantidade de cigarros, sem parar totalmente de fumar .....	13	
( ) Aconselhamento por telefone / “linha pare de fumar” .....	14	
( ) Um livro ou <i>tape</i> específico sobre “parar de fumar” .....	15	
<i>Nenhuma das alternativas – Perg. 15C</i>	16	

*Entrevistador: para todos aqueles que já tentaram parar de fumar (Perg. 14 A)*

**15 C.** O(a) Sr(a) já tentou algum outro método de parar de fumar?

- Sim ..... 1 → *Faça Perg. 15D*
- Não ..... 2 → *P.P.Perg. 16A*

**15 D.** Qual método o(a) Sr(a) já tentou? Mais algum?

**15 E.** Quantas vezes o(a) Sr(a) tentou esse método?

*Entrevistador: insistir para obter detalhes do método, perguntar até três métodos*

	<i>Perg. 15D</i>	<i>Perg. 15E</i>
	<i>Tentou</i>	<i>Quantas vezes</i>
Método 1		
Método 2		
Método 3		

**16 A.** Há quanto tempo ocorreu a última vez em que o(a) Sr(a) tentou parar de fumar? (anotar anos, meses ou dias)

--	--	--	--

Anos

--	--

meses

--	--

dias



**16 B.** E quanto tempo o(a) Sr(a) ficou sem fumar nesta última vez em que tentou parar de fumar? (anotar em anos, meses, dias)

--	--	--	--

Anos

--	--

meses

--	--

dias

**17 A.** O que fez o(a) Sr(a) a recomeçar a fumar de novo? (*Entrevistador: espontânea*)

**17 B.** Alguma vez você já sentiu sintomas desconfortáveis ao parar de fumar?

- Não ..... 0

- Sim ..... 1 → *Faça Perg. 17 C*

**17 C.** SE SIM: Quais sintomas você sentiu? (*Cartão*)

- ansiedade / inquietação 0

- irritabilidade 1

- depressão 2

- insônia 3

- sonolência excessiva 4

- diminuição da concentração mental 5

- aumento do apetite 6

- prisão de ventre 7

- dor de cabeça 8

outros (especifique) \_\_\_\_\_

TODOS
-------

**18 A.** O(a) Sr(a) está seriamente pensando em parar de fumar dentro dos próximos 6 meses?

- Sim ..... 0
- Não ..... 1 → *P.P. Perg. 18 C*
- Não sabe .. 2

**18 B.** O(a) Sr(a) está planejando deixar de fumar dentro dos próximos 30 dias?

- Sim ..... 0
- Não ..... 1
- Não sabe .. 2

**18 C.** No último ano, por quantas vezes você deixou de fumar por 24 horas ou mais?

\_\_\_\_\_

**18 D.** O(a) Sr(a) pagaria por um medicamento ou produto que fosse cientificamente comprovado que ajuda as pessoas a parar de fumar? (*Cartão*)

- Sim com certeza ..... 1
- Sim, provavelmente ..... 2

- Não, provavelmente..... 3
- Não, definitivamente não ..... 4
- Talvez / não sei..... 5
- Talvez / não sei / depende do preço..... 6
- Talvez / não sei / depende do produto..... 7

**19.** Eu vou ler uma lista de fatores que podem ter uma influência em seus próprios esforços em parar de fumar. Poderia me dizer o grau de influência que cada um destes fatores poderia ter em seus futuros esforços, usando uma escala de 10 pontos, onde:

*10 = significa que teria grande influência sobre você, pessoalmente*

*1 = significa que não teria nenhuma influência sobre você, pessoalmente*

O(a) Sr(a) pode usar também qualquer número entre 10 e 1, para graduar sua resposta (*Rodízio*)

- ( ) a – O decrescente número de locais públicos onde fumar é permitido
- ( ) b – O aumento na desaprovação social diante do fumar
- ( ) c – Disponibilidade de um serviço especializado em ajudar as pessoas a deixar de fumar, com uso de medicações e psicoterapia, e a preços baixos
- ( ) d – O aumento das evidências concernentes aos riscos de saúde do fumar
- ( ) e – A pressão contínua por parte de seu(sua) esposo(a) não-fumante, família ou amigos
- ( ) f – Os aumentos de impostos sobre o cigarro exigidos pelo governo

- ( ) g – Uma disponibilidade mais ampla de tratamentos e produtos efetivos para ajudar as pessoas a parar de fumar
- ( ) h – Disponibilidade de um serviço a preços baixos para parar de fumar
- ( ) i – Advertências de riscos para a saúde em embalagens de cigarros
- ( ) j – Informações sobre práticas enganosas das cias. de cigarro
- ( ) k – Preocupação em expor suas crianças, família e amigos a fumaça de cigarro
- ( ) l – Disponibilidade de um serviço grátis de aconselhamento por telefone
- ( ) m – Preocupação de que seus filhos irão começar a fumar por verem você fazendo isto
- ( ) n – Conselho do seu médico de que você deveria parar de fumar
- ( ) o – Conselho do seu farmacêutico de que você deveria parar de fumar
- ( ) p – Anúncios e artigos na imprensa sobre os perigos do fumo
- ( ) q – Conselho de um médico

<b>COMPORTAMENTO DE COMPRA</b>
--------------------------------

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre onde e quando o(a) Sr(a) compra determinados produtos.

**20.** Com que freqüência o(a) Sr(a) costuma visitar a área de produtos farmacêuticos das lojas? (*Cartão – RU*)

- Uma vez por semana ou mais ..... 0
- Menos de uma vez por semana, mas pelo menos uma vez por mês.. 1
- Menos do que uma vez por mês..... 2
- Nunca ..... 3
- Não sabe ..... 4

**21.** Para cada um dos seguintes produtos, o(a) Sr(a) poderia me dizer onde você faz compra mais freqüentemente? (*Cartão – RU*)

	<i>Farmácia / Drogaria</i>	<i>Super- mercados</i>	<i>Lojas de depto.</i>	<i>Não compra</i>	<i>Não sabe</i>
( ) Analgésicos .....	0	1	2	3	4
( ) Antigripais .....	0	1	2	3	4
( ) <i>Shampoos / Prod. para os cabelos</i> .....	0	1	2	3	4
( ) Vitaminas .....	0	1	2	3	4

**22.** Se o governo confirmasse que os produtos que repõem nicotina (tais como gomas, adesivos e inaladores) são seguros e eficientes na automedicação para ajudar as pessoas a deixarem de fumar, o(a) Sr(a) concordaria ou não que esses produtos ficassem disponíveis em seu supermercado local ou mercearias assim como em farmácias e drogarias?

- Concordo que ficasse disponível em supermercado ..... 0
- Discordo, ele não deveria ser disponível em supermercado ..... 1
- (Não sabe)..... 2

**23.** Se os produtos de reposição da nicotina estivessem disponíveis em seu supermercado local, qual seria o seu grau de interesse em comprar? (*Cartão – RU*)

- com certeza compraria ..... 0
- provavelmente compraria ..... 1
- talvez compraria ou não ..... 2
- provavelmente não compraria ..... 3
- com certeza não compraria ..... 4
- (não sabe) ..... 5

E agora, algumas perguntas sobre fumar e sua saúde (*Entrevistador: aplicar rodízio Pergs. 25/26*)

**24 A.** Quanto, se afeta em algo, você acha que a quantidade que você fuma afeta a sua saúde atualmente? (*Cartão – RU*)

- Muito..... 0
- Um pouco ..... 1
- Muito pouco ..... 2
- Nada ..... 3
- (Não sei) ..... 4

**24 B.** Quanto, se afetar, você pensa que a quantidade que você fuma irá afetar a sua saúde no futuro?

- Muito..... 1
- Um pouco ..... 2
- Muito pouco ..... 3
- Nada ..... 4
- (Não sei) ..... 5

**25.** Pelo que você sabe, fumar causa:

- |  |   |   |   |     |
|--|---|---|---|-----|
| (a): doença cardíaca da coronária..... | 1 | 2 | 3 | ( ) |
| (b): pressão sangüínea alta.....       | 1 | 2 | 3 | ( ) |
| (c): derrame cerebral .....            | 1 | 2 | 3 | ( ) |
| (d): enfisema.....                     | 1 | 2 | 3 | ( ) |
| (e): asma.....                         | 1 | 2 | 3 | ( ) |
| (f): câncer do pulmão.....             | 1 | 2 | 3 | ( ) |

**26.** Pelo que você sabe, a nicotina pura causa:

- |  |   |   |   |     |
|--|---|---|---|-----|
| (a): doença cardíaca da coronária..... | 1 | 2 | 3 | ( ) |
| (b): pressão sangüínea alta.....       | 1 | 2 | 3 | ( ) |
| (c): derrame cerebral.....             | 1 | 2 | 3 | ( ) |
| (d): enfisema.....                     | 1 | 2 | 3 | ( ) |
| (e): asma.....                         | 1 | 2 | 3 | ( ) |
| (f): câncer do pulmão.....             | 1 | 2 | 3 | ( ) |

**27.** Quantas vezes o(a) Sr(a) foi ao médico nos últimos doze meses?

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| - uma vez .....           | 1 |
| - duas vezes .....        | 2 |
| - três vezes ou mais..... | 3 |
| - nenhuma.....            | 4 |
| - não sabe.....           | 5 |
| - (recusa) .....          | 6 |

**28 A.** O seu médico habitual fuma?

- |                  |   |
|------------------|---|
| - Sim .....      | 1 |
| - Não .....      | 2 |
| - Não sabe ..... | 3 |
| - (recusa) ..... | 4 |



**28 B.** E na sua presença, ele fuma?

- Sim ..... 1
- Não ..... 2
- Não sabe ..... 3
- (recusa) ..... 4

**29.** Quantas vezes, se alguma, você procurou especificamente conselho de um médico sobre parar de fumar?

\_\_\_\_\_ vezes

**30.** Quantas vezes, se alguma, você procurou especificamente conselho ou ajuda de um farmacêutico sobre parar de fumar?

\_\_\_\_\_ vezes

**31 A.** Como talvez o(a) Sr(a) saiba, existem hoje medicamentos disponíveis somente com receita médica, que podem ajudar as pessoas que querem parar de fumar. Qual seria o seu grau de interesse em consultar um médico para obter a receita de um destes medicamentos para ajudar a deixar de fumar?

- muito interessado(a) ..... 1
- interessado(a)..... 2
- nem interessado(a) / e nem desinteressado(a) . 3
- desinteressado(a) ..... 4
- muito desinteressado(a) ..... 5
- não sabe..... 6

**31 B.** Qual dos seguintes fatores fazem com que você não se anime ainda mais a procurar um médico para deixar de fumar? (*Cartão – RU*)

- ( ) A – Você não quer realmente parar ..... 1
- ( ) B – Ir ao médico é muito desagradável..... 2
- ( ) C – Você prefere fazer isso por si mesmo..... 3
- ( ) D – Você já foi a médicos e não funcionou..... 4
- ( ) E – Você não gosta de ir ao médico..... 5
- ( ) F – Você teme que o seu médico irá ver você falhar..... 6
- ( ) G – Parar de fumar toma muito tempo..... 7
- ( ) H – Os produtos custam muito caro..... 8
- ( ) I – Não acredita que o médico possa ajudar..... 9
- ( ) J – Não acredita que o produto iria funcionar..... 0
- ( ) K – Não acredita que o médico terá tempo para aconselhá-lo.. X

**32 A.** Existem também medicamentos disponíveis em farmácias para ajudar as pessoas a parar de fumar. Qual seria o seu grau de interesse em ir a uma farmácia e pedir ao farmacêutico um remédio para ajudar a você parar de fumar?

- muito interessado(a) ..... 1
- interessado(a)..... 2
- nem interessado(a) / e nem desinteressado(a) ..... 3
- desinteressado(a) ..... 4
- muito desinteressado(a) ..... 5
- não sabe..... 6

**32 B.** Qual dos seguintes fatores fazem com que você não se anime ainda mais a procurar o aconselhamento de um farmacêutico para deixar de fumar? (*Cartão – RU*)

- ( ) A – Você não quer realmente parar ..... 1
- ( ) B – Ir à farmácia é muito desagradável ..... 2
- ( ) C – Você prefere fazer isso por si mesmo..... 3
- ( ) D – Você já foi a farmacêuticos e não funcionou..... 4
- ( ) E – Você não gosta de ir a farmácias..... 5
- ( ) F – Você teme que o seu farmacêutico irá ver você falhar..... 6
- ( ) G – Parar de fumar toma muito tempo ..... 7
- ( ) H – Os produtos custam muito caro ..... 8
- ( ) I – Não acredita que o farmacêutico possa ajudar..... 9
- ( ) J – Não acredita que o produto iria funcionar ..... 0
- ( ) K – Não acredita que o farmacêutico terá tempo p/ aconselhá-lo .. X

**33 A.** Existem atualmente clínicas especializadas que dão, juntos, apoio psicológico e medicamentoso para ajudar as pessoas a deixar de fumar. Qual seria o seu grau de interesse em ir a uma clínica destas para ajudar a você parar de fumar?

- muito interessado(a) ..... 1
- interessado(a)..... 2
- nem interessado(a) / e nem desinteressado(a) ..... 3
- desinteressado(a) ..... 4
- muito desinteressado(a) ..... 5
- não sabe..... 6

**33 B.** Qual dos seguintes fatores fazem com que você não se anime ainda mais a procurar uma clínica especializada para deixar de fumar?

- ( ) A – Não sabia que tais clínicas existiam..... 1
- ( ) B – Você não quer realmente parar..... 2
- ( ) C – Ir a clínicas é muito desagradável..... 3
- ( ) D – Você prefere fazer isso por si mesmo..... 4
- ( ) E – Você já foi a uma dessas clínicas e não funcionou ..... 5
- ( ) F – Você não gosta de ir a clínicas..... 6
- ( ) G – Não acredita que uma dessas clínicas possam ajudar ..... 7
- ( ) H – Você teme que o seu conselheiro irá ver você falhar..... 8
- ( ) I – Parar de fumar toma muito tempo ..... 9
- ( ) J – Clínicas costumam muito caro ..... 0

**34 A.** O seu médico já o aconselhou a parar de fumar alguma vez?

- Sim ..... 1
- Não ..... 2
- Não sabe ..... 3
- (Recusou) ..... 4

**34 B.** Quantas vezes você recebeu conselho médico para parar de fumar?

\_\_\_\_\_

**34 C.** O seu médico já o aconselhou sobre como fazer para parar?

- Sim ..... 1
- Não ..... 2
- Não sabe ..... 3
- (recusou) ..... 4

**35 A.** O seu farmacêutico já o aconselhou a parar de fumar alguma vez?

- Sim ..... 1
- Não ..... 2
- Não sabe ..... 3
- (recusou) ..... 4

**35 B.** O seu farmacêutico já o aconselhou sobre como fazer para parar?

- Sim ..... 1
- Não ..... 2
- Não sabe ..... 3
- (recusou) ..... 4

**36.** Assinale se você se encaixa em alguma destas condições:

- História passada de enfarte do coração ..... 1
- História familiar de enfarte do coração ..... 2
- História passada de câncer em regiões tais como: pulmões, boca, laringe, faringe, traquéia, cordas vocais, bexiga, útero..... 3
- História familiar de câncer em regiões tais como: pulmões, boca, laringe, faringe, traquéia, cordas vocais, bexiga ou útero..... 4
- História familiar de câncer em outras regiões ..... 5
- Hipertenso (pressão alta)..... 6
- Tem angina do peito ..... 7
- Tem colesterol elevado..... 8
- Faz exercício físico ..... 9
- Faz dieta alimentar sem gordura ..... 0

<b>ATITUDES</b>
-----------------

**37.** Finalmente, mais poucas perguntas sobre você:

Para cada uma das frases que vou ler, poderia me dizer o grau que elas se aplicam a você, considerando uma escala, onde:

*10 = significa que a frase reflete perfeitamente seu comportamento*

*1 = significa que a frase não reflete nem um pouco seu comportamento*

Você pode usar os números entre 10 e 1 para graduar sua resposta sua resposta (*Rodízio – RU – Cartão*)

Eu estou muito satisfeito com a vida que eu levo .....

Eu tenho muitos planos para o futuro .....

Eu prefiro ficar em casa a sair .....

Eu me esforço para me vestir bem .....

Eu acho que eu sou menos egoísta do que a maioria das pessoas

É importante para mim o que os outros pensam de mim .....

Eu acho que eu não me exercito / faço ginástica tanto quanto deveria .....

Eu tento comer uma dieta balanceada e saudável .....

Eu prefiro a rotina à mudança .....

Eu pareço não ter dinheiro suficiente para fazer o que realmente quero .....

Eu não gosto de ficar dependendo somente de mim .....

Eu alcancei muitas de minhas ambições .....

- 38 A.** Agora que já falamos sobre os seus sentimentos sobre fumar, você poderia me dizer, usando esta escala onde:

*10 = significa muito importante*

*1 = significa sem importância alguma*

*(Cartão – RU)*

“O quanto fumar é importante para você”: \_\_\_\_\_

- 38 B.** E usando uma escala similar, gostaria de saber o quanto você deseja parar de fumar? \_\_\_\_\_

*10 = deseja muito*

*1 = não deseja nem um pouco*

- 38 C.** Dentro dos próximos meses, qual o seu grau de interesse em fumar menos cigarros a partir de agora? \_\_\_\_\_

- 38 D.** Você acha que ainda estará fumando daqui a doze meses? \_\_\_\_\_

*10 = com certeza estarei*

*1 = com certeza não estarei*



**39.** Qual destas frases reflete melhor o seu modo de pensar? (*Cartão – RU*)

- existem muitas razões para continuar fumando e poucas razões para parar ..... 1
- existe um igual número de razões para continuar fumando e para parar de fumar ..... 2
- existem muitas e boas razões para parar de fumar e poucas boas razões para continuar ..... 3
- não sabe ..... 4

**40 A.** Em comparação com uma pessoa da mesma idade que você, como você veria o seu risco de vir a ter câncer, em qualquer uma das regiões tais como: pulmões, boca, laringe, faringe, traquéia, cordas vocais, bexiga ou útero?

**40 B.** E de vir a ter câncer em outras regiões?

	<i>P.40A</i>	<i>P.40B</i>
- Muito mais alto	1	1
- Mais alto	2	2
- Um pouco mais alto do que o desta pessoa	3	3
- Muito abaixo	4	4
- Abaixo	5	5
- Um pouco abaixo	6	6

**41.** Como você veria o seu risco de vir a ter enfarte do coração, em comparação com uma pessoa da mesma idade que você?

- Muito mais alto
- Mais alto
- Um pouco mais alto do que o desta pessoa
- Muito abaixo
- Abaixo
- Um pouco abaixo

**42.** Na sua opinião, qual a probabilidade de morrer de uma doença relacionada ao fumo se você não parar de fumar?

- muito provável ..... 5
- provável ..... 4
- nem provável nem improvável ..... 3
- pouco provável ..... 2
- nem um pouco provável ..... 1
- (não sabe) ..... ( )

**43.** Na sua opinião, qual a probabilidade de morrer de uma doença relacionada ao fumo se você parar de fumar?

- muito provável ..... 5
- provável ..... 4

- nem provável nem improvável ..... 3
- pouco provável ..... 2
- nem um pouco provável ..... 1
- (não sabe) ..... ( )

<b>DADOS DEMOGRÁFICOS</b>
---------------------------

**S1.** Incluindo você mesmo, quantas pessoas vivem em sua casa?

\_\_\_\_\_ ( ) ( )

**S2.** E quantas delas fumam?

\_\_\_\_\_

**S3.** Quem fuma na sua casa?

- Filho(s)..... 1
- Mãe..... 2
- Pai ..... 3
- Irmão(ã)(s) ..... 4
- Esposo(a) ..... 5
- Outros: \_\_\_\_\_

**S4.** Qual é a idade das pessoas que vivem em sua casa?

*Entrevistador: verificar na Perg. S3:*

*Se tem crianças abaixo de 18 anos → Faça S4*

*Se não tem → P.P.S5*

**S4.** O(a) Sr(a) é pai / mãe de alguma destas crianças?

- Sim ..... 1
- Não ..... 2

**S6.** Qual é o seu estado civil? (*Ler*)

- Solteiro / nunca casou ..... 1
- Solteiro / vivendo como casal ..... 2
- Casado(a) ..... 3
- Separado(a) ..... 4
- Divorciado(a) ..... 5
- Viúvo(a) ..... 6
- (recusou) ..... 7

**S7.** Considerando tudo que as pessoas de sua casa ganham mensalmente, qual é a faixa de renda familiar? (*Cartão*)

A	Até	130,00		- 1
B	De	131,00	a 260,00	2
C	De	261,00	a 390,00	3
D	De	391,00	a 650,00	4
E	De	651,00	a 910,00	5
F	De	911,00	a 1.300,00	6
G	De	1.301,00	a 1.950,00	7
H	De	1.951,00	a 2.600,00	8
I	De	2.601,00	a 3.250,00	9
J	De	3.251,00	a 3.900,00	0
K	De	3.901,00	a 5.200,00	- 1
L	De	5.201,00	a 6.500,00	2
M	Acima de 6.500 e mais			3
N	Não sabe / recusou			4

**S8.** Qual a sua profissão / ocupação? \_\_\_\_\_

## DADOS DE CLASSIFICAÇÃO

*Entrevistador: se grau incompleto, especificar até qual ano cursou*

### A) INSTRUÇÃO

	<b>Entrev.</b>	<b>Chefe da família</b>	<b>Chefe da família Critérios Brasil</b>
Analfabeto / primário incompleto	- 1	- 1	0
Primário completo / ginásial incompleto	2	2	1
Ginásial completo / colegial incompleto	3	3	2
Colegial completo / superior incompleto	4	4	3
Superior completo	5	5	5

### B) ITENS DE CONFORTO FAMILIAR – CRITÉRIO BRASIL

<b>Itens de posse</b>	Não Tem	<b>quantidade possuída</b>					
		1	2	3	4	5	6E <sup>+</sup>
Televisor em cores	0	2	3	4	5	5	5
Videocassete	0	2	2	2	2	2	2
Rádio	0	1	2	3	4	4	4
Banheiro	0	2	3	4	4	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1	1	1
Geladeira	0	2	2	2	2	2	2
Freezer (da geladeira ou independente)	0	1	1	1	1	1	1

Os limites de classificação ficaram assim distribuídos:

<b>Classes</b>	<b>Critério Brasil</b>
A1	30/34
A2	25/29
B1	21/24
B2	17/20
C	11/16
D	6/10
E	0/5

## 8 REFERÊNCIAS

Algranti E, Menezes AMB, Achutti A. Epidemiology of lung cancer in Brazil and South America. *Semin Oncol* 2001;28(2):143-52.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 1995 ;153:1-31.

American Thoracic Society. Cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;153:861-5.

Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002;121(3):932-41.

Associação Psiquiátrica Americana. DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Austrália. NHMRC (National Health and Medical Research Council). The health effects of passive smoke. 1997.

Benowitz NL. Nicotine safety and toxicity. New York: Oxford University Press, 1998.

Bergen AW, Caporaso N. Cigarette smoking. *J Natl Cancer Inst* 1999;91(16):1365-75.

Bowen DJ, McTiernan A, Powers D, Feng Z. Recruiting women into a smoking cessation program: who might quit? *Women Health* 2000;31(4):41-58.

Boyle P, Gandin S, Robertson C, Zatonski W, Fagerström K, Slama K, Kunze M, Gray N, and the International Smokers Survey Group. Characteristics of smokers attitudes towards stopping. *Eur J Public Health* 2000;10:5-14.



Brasil. Ministério da Saúde. Falando sobre tabagismo. Instituto Nacional do Câncer / Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. Rio de Janeiro; 1998.

Breslau N, Johnson EO, Hiripi E, Kessler R. Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence [comentários]. [commented on Arch Gen Psychiatry 2001;58(9):817-8]. Arch Gen Psychiatry 2001;58(9):810-6.

Brodansky D. The framework convention / protocol approach. Framework Convention on Tobacco Control. WHO. Technical Briefing Series; 1999.

Campos HS. Tabagismo entre médicos do Brasil. J Pneumol 1992;18(1):1-9.

Cinciriprini PM, Hecht SS, Henningfield JE, Manley MW, Kramer BS. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. J Natl Cancer Inst 1997;89(24):1852-67.

Clark MA, Rakowski W, Kviz FJ, Hogan JW. Age and stage of readiness for smoking cessation. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 1997;52(4):S212-21.

Croghan IT, Offord KP, Evans RW, Schmidt S, Gomez-Dahl LC, Schroeder DR, Patten CA, Hurt RD. Cost effectiveness of treating nicotine dependence: the Mayo Clinic experience. Mayo Clin Proc 1997;72:917-24.

Crum RM, Lillie-Blanton M, Anthony JC. Neighborhood environment and opportunity to use cocaine and other drugs in late childhood and early adolescence. Drug Alcohol Depend 1996;43:155-61.

Daudt AW, Alberg AJ, Prola JC, Fialho L, Petracco A, Wilhelms A, Weiss A, Estery C. A first step incorporation smoking education into Brazilian medical school curriculum: results of survey to assess the cigarette smoking knowledge, attitudes, behaviour, and clinical practices of medical students. J Addict Dis 1999;18(1):19-29.

Diário Oficial, n. 170, p. 42.

DiClemente CC, Prochaska JO, Velicer WF, Fairhurst S, Rossi JS, Velaquez M. The process of smoking cessation: an analysis of the precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:295-304.

DiClemente CC. Changing addictive behaviours: a process perspective. *Curr Dir Psychol Sci* 1993;2(4):101-6.

Evans SM, Cone EJ, Henningfield JE. Rapid arterial kinetics of intravenous and smoked cocaine: relationship to subjective and cardiovascular effects. *NIDA Research Monograph* 153. US Department of Health and Human Services, Public Health Service. National Institutes of Health, Rockville. NIH publication 1995;95:3883.

Everett AS, Warren CW, Sharp D, Kann L, Husten CG, Crossett LS. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behaviour among US high school students. *Prev Med* 1999;29(5):327-33.

Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978, 3:235-41.

Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989;12:159-82.

Fagerström K, Boyle P, Kunze M, Zatonski W. The anti-smoking climate in EU countries and Poland. *Lung Cancer* 2000;32(1):1-5.

Ferry LH. Overcoming barriers to nicotine dependence treatment. *Prim Care* 1999;26(3):707-46.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Smoking cessation. *Clinical Practice Guideline*, 18. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health

Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPH Publication 1996;96: 0692.

Fiore MC. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respir Care* 2000;45(10):1200-62.

Flint AJ, Novotny TE. Poverty status and cigarette smoking prevalence and cessation in the United States, 1983-1993: the independent risk of being poor. *Tob Control* 1997;6:14-8.

Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1.º e 2.º graus em dez capitais brasileiras. UNIFESP / CEBRID; 1997.

Gigliotti A, Carneiro E, Ferreira M. Tratamento do tabagismo. In: Rangé B, organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais*. Porto Alegre: Artmed; 2001.

Giovino GA, Herringfield JE, Tomas SL, Escobedo LG, Slade J. Epidemiology of Tobacco use and Dependence. *Epidemiol Rev* 1995;17(1):48-65.

Glantz AS, Parmley WW. Passive smoking and heart disease. Mechanisms and risk. *JAMA* 1995;273:1047-53.

Global Youth Tobacco Survey (GYTS). *Bull World Health Organ* 2000;78(7):868-76.

Hampson SE, Andrews JA, Barckley M, Lichtenstein E, Lee ME. Conscientiousness, perceived risk, and risk-reduction behaviors: a preliminary study. *Health Psychol* 2000;19(5):496-500.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-27.

Heishman SJ, Taylor RC, Henningfield JE. Nicotine and smoking: a review of effects on human performance. *Exp Clin Psychopharmacol* 1994;2:345-95.

Hughes JR, Gust SW, Skoog K, Keenan RM, Fenwick JW. Symptoms of tobacco withdrawal – a replication and extension. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:52-9.

Husten CG, Shelton DM, Chrismon JH, Lin YC, Mowery P, Powell FA. Cigarette smoking and smoking cessation among older adults: United States, 1965-94 [commented on *Tob Control* 1997;6(3):161-3]. *Tob Control* 1997;6(3):175-80.

Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control* 1997;6 Suppl 2:S57-62.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: dados preliminares. National Research Health and Nutrition. Rio de Janeiro; 1989.

International Agency Of Research in Cancer (IARC). Evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Tobacco smoking. IARC Scientific Publications 1986;38.

Jha P, Chaloupka FJ. Tobacco control in developing countries. Oxford University Press on Behalf of World Bank and World Health Organization; 2000.

Littell JH, Girvin H. Stages of change. A critique. *Behav Modif* 2002;26(2):223-73.

MacFadyen L, Hastings G, MacKintosh AM. Cross sectional study of young people's awareness of and involvement with tobacco marketing. *BMJ* 2001;322(7285):513-7.

Mackay J, Eriksen M. Tobacco Atlas. WHO; 2002.

Mannino DM, Homa DM, Redd SC. Involuntary smoking and asthma severity in children: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Chest* 2002;122(2):409-15.

McIlvain HE, Backer EL, Crabtree BF, Lacy N. Physician attitudes and the use of office-based activities for tobacco control. *Fam Med* 2002;34(2):114-9.

Meliska CJ, Gilbert DG. Hormonal and subjective effects of smoking the first five cigarettes of the day: a comparison in males and females. *Pharmacol Biochem Behav* 1991;40:229-35.

Melnick MJ, Miller KE, Sabo DF, Farrell MP, Barnes GM. Tobacco use among high school athletes and nonathletes: results of the 1997 youth risk behavior survey. *Adolescence* 2001;36(144):727-47.

Miguez H. Informe de resultados del Global Youth Tobacco Survey en Buenos Aires, Argentina, 2000. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Global Tobacco Prevention and Control.

Mirra AP, Rosemberg J. Inquérito sobre prevalência do tabagismo na classe médica brasileira. *Rev Assoc Med Brasil* 1997;43(3):209-16.

Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemir M, Cardozo S. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região Sul do Brasil. [Prevalence of smoking and associated factors in a metropolitan area of southern Brazil]. *Rev Saude Publica* 1995;29(1):46-51.

Morrow M, Ngoc do H, Hoang TT, Trinh TH. Smoking and young women in Vietnam: the influence of normative gender roles. *Soc Sci Med* 2002;55(4):681-90.

Murray CJL, Lopez AD. Quantifying the burden of disease and injury attributable tobacco as a major risk factor. In: Murray JLC, Lopez AD, editores. *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from*

disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. World Health Organization & The World Bank; 1996.

O'Loughlin J, Kishchuk N, DiFranza J, Tremblay M, Paradis G . The hardest thing is the habit: a qualitative investigation of adolescent smokers' experience of nicotine dependence. *Nicotine Tob Res* 2002;4(2):201-9.

Organizacion Panamericana de Salud (OPAS). El tabaquismo en America Latina, Estados Unidos y Canada 1990-1999. Junio 2000.

Orleans CT, Slade J. *Nicotine addiction: principles and management*. New York: Oxford University Press; 1993. p.435.

Pan American Health Organization (PAHO). *Smoking and Health in Americas*. A 1992 report of the Surgeon General in Collaboration with the Pan American Health Organization. Atlanta (GA); 1992.

Pärna K, Rahu K, Rahu M. Patterns of smoking in Estonia. *Addiction* 2002;97(7):871-6.

Patten CA, Ames SC, Ebbert JO, Wolter TD, Hurt RD, Gauvin TR. Tobacco use outcomes of adolescents treated clinically for nicotine dependence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155(7):831-7.

Peat JK, Keena V, Harakeh Z, Marks G. Parental smoking and respiratory tract infections in children. *Paediatr Respir Rev* 2001;2(3):207-13.

Perkins KA. Metabolic effects of cigarette smoking. *J Appl Physiol* 1992;72:401-9.

Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. *Mortality from smoking in developed countries (1950-2000)*. Indirect estimates from national vital statistics. New York: Oxford University Press; 1994.

Picciotto MR, Brunzell DH, Caldarone BJ. Effect of nicotine and nicotinic receptors on anxiety and depression. *Neuroreport* 2002;13(9):1097-106.

Prochaska, JO, DiClemente, CC. Transactional therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice* 1982;19:276-88.

Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and process of self – change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983, 51:390-5.

Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. New York: Dow-Jones Irwin; 1984.

Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive mode of change. In: Miller WR, Heather N. *Treating addictive behaviours: process of change*. NY: Plenum; 1986. p.3-27.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47(9):1102-14.

Proctor N. Tobacco and the global lung cancer epidemic. *Nat Rev Cancer* 2001;1(1):82-6.

Prignot J, Bartsch P, Vermeire P, Jamart J, Wanlin M, Uydebrouck M, Thijs J. Physician's involvement in the smoking cessation process of their patients. Results of a 1998 survey among 4,643 Belgian physicians. *Acta Clin Belg* 2000;55(5):266-75.

Rosemberg J. Composição química do fumo do cigarro. In: Rosemberg J. *Tabagismo, sério problema de saúde pública*. 2a ed. São Paulo: Almed; 1987.

Saloojee Y, Dagli E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. *Bull World Health Organ* 2000;78(7):902-10.

Sargent JD, Dalton M, Beach M, Bernhardt A, Heatherton T, Stevens M. Effect of cigarette promotions on smoking uptake among adolescents. *Prev Med* 2000;30(4):320-7.

Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD001745.

Shiffman S, Gitchell J, Pinney JM, Burton SL, Kemper KE, Lara EA. Public health benefit of over-the-counter nicotine medications. *Tob Control* 1997;6(4):306-10.

Slama K. The role of information, education and treatment in tobacco control. *Monaldi Arch Chest Dis* 2001;56(5):453-7.

Sly RM. Changing prevalence of allergic rhinitis and asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1999;82(3):233-48; quiz p.248-52.

Sullivan PF, Kendler KS. The genetic epidemiology of smoking. *Nicotine Tob Res* 1999;1 Suppl 2:S51-7; discussion p. S69-70, 1999.

Tessier JF, Thomas D, Nejjari C, Belougne D, Freour P. Attitudes and opinions of french cardiologists towards smoking. *Eur J Epidemiol* 1995;11(6):615-20.

United States. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Cigarette smoking-attributable mortality and years of potential life lost. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1990;42:645-9.

United States. Morbidity And Mortality Weekly Report (MMWR). Trends in Cigarette Smoking Among High School Students. United States, 1991-2001. Centers For Disease Control And Prevention. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002;51(19).

United States. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR). Cigarette smoking among adults. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002;51(29):642-5.



United States Department of Health and Human Services (USDHHS). The health consequences of involuntary smoking. A report of the Surgeon General. Washington DC: US Government Printing Office; 1986.

United States Department of Health and Human Services (USDHHS). The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Rockville: Public Health Service, Office on Smoking and Health; 1988.

United States Department of Health and Human Services (USDHHS). The health benefits of Smoking Cessation. A report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1990; DHHS Publication No: (CDC)90-8416L.

United States Department of Health and Human Services (USDHHS). Best practices for comprehensive tobacco control programs. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1999.

United States Department of Health and Human Services (USDHHS). Clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. Public Health Service; 2000.

United States Department of Health and Human Services (USDHHS). Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2000.

United States Department of Health and Human Services (USDHHS). Women and smoking. A report of the Surgeon General. 2001.

United States Environmental Protection Agency (USEPA). Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. Washington DC: Office of Research and Development; 1993.

Vakefliu Y, Argjiri D, Peposhi I, Agron S, Melani AS. Tobacco smoking habits, beliefs, and attitudes among medical students in Tirana, Albania. *Prev Med* 2002;34(3):370-3.

Wagnet EH, Curry SJ, Grothaus L, Saunders KW, McBride CM. The impact of smoking and quitting on Health Care Use. *Arch Intern Med* 1995;155:1789-95.

West R, McEwen A, Bolling K, Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. *Addiction* 2001;96(6):891-902.

Williams CD, Lewis-Jack O, Johnson K, Adams-Campbell L. Environmental influences, employment status, and religious activity predict current cigarette smoking in the elderly. *Addict Behav* 2001;26(2):297-301.

World Health Organization (WHO). *Combating the tobacco epidemic*. 1999a.

World Health Organization (WHO). *International consultation on environmental tobacco smoke and child health*. London; 1999b.

The World Bank. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington DC: The World Bank; 1999.

Yach D, Bialous AS. Junking science to promote tobacco. *Am J Public Health* 2001;91(11):1745-8.

Zhu BP, Giovino GA, Mowery PD, Eriksen MP. The relationship between cigarette smoking and education revisited: implications for categorizing persons' educational status. *Am J Public Health* 1996;86:1582-9.

## Abstract

### **Smokers habits, attitudes and beliefs in four Brazilian cities: a comparison with 17 European countries**

Nicotine dependence is a major cause of preventable death and disease, and quitting smoking is the most important attitude smokers can take to benefit their health. In 1989, 32.5% of the Brazilian population smoked, but few is known about how many of them wanted to stop and which factors could influence them to decide to quit cigarette smoking. **Objective:** Analyze habits, attitudes and beliefs of smokers in four major cities in Brazil (Rio de Janeiro, São Paulo, Recife and Porto Alegre) and compare them with data from 17 European countries. **Methods:** 800 smokers were interviewed. They were recruited by intentional sample according to pre-established quotas separated according to social class, gender, occupation and age. **Results:** The majority of interviewed smokers stated they wanted to quit and showed low to moderate degree of nicotine dependence. Smokers with higher motivation to stop had done more attempts to quit, and had most probably received medical advice. Only 21% of the sample was counseled by their doctors about how to stop smoking. The factor which smokers said would most influence their future efforts to stop was “concern about exposing their children, family and friends to tobacco smoke”. Brazilian population, when compared to European countries, seems to have a high degrees of conscience on the anti tobacco fight. **Conclusions:** Using information obtained about habits, attitudes and beliefs of Brazilian smokers and through comparison with data from other countries, new public health policies could be suggested. In addiction, it was possible to observe what Brazilians think about already implemented tobacco control policies.

**Keywords:** Tobacco use disorder. Tobacco. Nicotine. Public health. Data collection.