

Características do processo de cessação do tabagismo na abstinência prolongada

Characteristics of the smoking cessation process in prolonged nicotine abstinence

Ana Carolina Peuker

Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Av. Unisinos, 950, Cristo Rei, 93022-000, São Leopoldo, RS, Brasil. acpeuker@hotmail.com

Lisiane Bizarro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade. Rua Ramiro Barcelos 2600, sala 105, Santana, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. lisiane.bizarro@ufrgs.br

Resumo. O tabagismo é um comportamento refratário, pois, apesar de seus conhecidos efeitos negativos, poucos fumantes conseguem parar de fumar. Caracterizou-se o processo de cessação do tabagismo de 62 ex-fumantes ($m = 50$ anos, $dp = 11$), de ambos os sexos, com oito anos de abstinência em média. Eles responderam um questionário do comportamento de fumar retrospectivo, com 16 questões sobre histórico prévio de consumo do cigarro, processo de cessação do tabagismo e manutenção da abstinência. Os dados foram analisados através de estatística descritiva de categorias definidas. A maior parte dos participantes havia feito pelo menos três tentativas prévias para parar de fumar, motivados por questões de saúde, e referiu não sentir mais fissura. Os fatores mais relacionados à recaída foram fissura, *stress*, sintomas de abstinência e ganho de peso. Festas, uso de álcool e café, solidão e *stress* foram considerados gatilhos para fissura. Diversas estratégias cognitivas e comportamentais para a manutenção da abstinência foram utilizadas. Identificar variáveis associadas à abstinência prolongada de nicotina pode contribuir para aumentar a eficácia do auxílio ao fumante, a adesão ao tratamento e as taxas de remissão do tabagismo.

Palavras-chave: dependência de nicotina, recaída, uso de cigarro.

Abstract. Smoking is a refractory behavior, despite its well-known negative effects; few quitters are successful. The smoking cessation process of 62 ex-smokers ($m = 50$, $SD = 11$) of both genders, with eight years of abstinence on average, was characterized. Most of them had already done at least three previous attempts to quit smoking, motivated by health issues, and said they no longer feel craving. Craving, stress, withdrawal symptoms and weight gain were related by them to relapse. Parties, alcohol and coffee use, loneliness and stress were considered triggers for craving. The use of cognitive and behavioral strategies for the maintenance of abstinence was highly reported by them. Identifying variables associated with prolonged nicotine abstinence may contribute to increase the effectiveness of aid to smoking, treatment adherence and remission rates of smoking.

Keywords: nicotine addiction, relapse, cigarette consumption.

Introdução

Fumar é um comportamento difícil de ser modificado. Apesar de muitos fumantes empreenderem diversas tentativas para se abster do cigarro, poucos conseguem manter a abstinência duradoura (Hyland *et al.*, 2006; Kortmann *et al.*, 2009; Leatherdale e Shields, 2009; McCarthy *et al.*, 2009; Piasecki, 2006). Em torno de 70% dos fumantes desejam deixar o cigarro, mas não conseguem. Destes, aproximadamente um terço fica abstinente apenas um dia e menos de 10% têm êxito por um ano, inclusive no Brasil (Chatkin *et al.*, 2004). Sabe-se que a maioria dos fumantes que tentam abandonar o cigarro por conta própria recai na mesma semana da tentativa. Dos que recaem, apenas 3 a 5% conseguem permanecer abstinentes entre seis e doze meses após ter parado (Hughes *et al.*, 2004).

O tabagismo é um comportamento reconhecidamente refratário. Apesar dos seus conhecidos efeitos deletérios, poucos indivíduos deixam definitivamente o tabaco, mesmo com tratamento farmacológico e psicossocial disponível (McCarthy *et al.*, 2009; Piasecki, 2006). O processo de cessação do tabagismo é dinâmico e envolve, na maior parte das vezes, uma série de tentativas prévias malsucedidas (Caponnetto e Polosa, 2008; Larabie, 2005; Piasecki, 2006). Este processo inclui dois componentes centrais, a tentativa propriamente dita e, posteriormente, a manutenção da abstinência de nicotina. Isto significa que o fato de tentar parar de fumar não é garantia de sucesso (Hyland *et al.*, 2006; West *et al.*, 2001). A motivação para deixar o cigarro isoladamente não é um fator preditivo robusto da manutenção da abstinência (Zhou *et al.*, 2009).

Os fatores preditores da tentativa de se abster do cigarro foram examinados em um estudo longitudinal multicêntrico realizado na Europa e Estados Unidos. Participaram 2.431 fumantes, com idade entre 35 e 65 anos, que fumavam cinco ou mais cigarros/dia e pretendiam parar de fumar nos próximos três meses. A vontade de abandonar o cigarro associou-se a futuras tentativas para parar de fumar, mas não se relacionou às taxas de abstinência e recaída que seguiam tais tentativas (Zhou *et al.*, 2009). Em outro estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos, um total de 6.603 fumantes foi seguido por 13 anos a fim de identificar os preditores de cessação do tabagismo. Medidas de dependência de nicotina associaram-se mais fortemente com as taxas de cessação

do que medidas de motivação (Hyland *et al.*, 2004). Estes resultados confirmam a noção de que tentar a abstinência e mantê-la são aspectos distintos do processo de cessação do tabagismo (West *et al.*, 2001; Zhou *et al.*, 2009).

Considerando a revisão da literatura específica da área, a caracterização do processo de cessação do tabagismo foi descrita neste estudo a partir de diferentes aspectos que se relacionam a dois componentes principais (West *et al.*, 2001; Zhou *et al.*, 2009). No que concerne à primeira fase, de *obtenção da abstinência*, estão envolvidos os motivos que influenciam a decisão de parar e os métodos adotados para deixar o cigarro. Em relação à segunda etapa, de *manutenção da abstinência*, encontram-se os motivos das falhas em se abster (recaídas) e os fatores que auxiliam a manter a abstinência. Conhecer os aspectos associados a estas duas fases do processo de cessação pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções preventivas e de tratamento do tabagismo eficazes.

Na obtenção da abstinência, é importante considerar os motivos que influenciam a decisão de parar e o método para deixar o cigarro. Em um estudo de revisão, demonstrou-se que para quase a metade dos ex-fumantes o principal motivo para terem deixado de fumar é a saúde. A segunda maior razão relaciona-se a questões sociais (p. ex., ser um bom exemplo para os filhos, pressão familiar para parar). O custo financeiro também é uma das razões referidas. Há evidência de que aqueles que conseguem ter êxito em deixar de fumar costumam apontar mais de um motivo para tal (McCaul *et al.*, 2006). Fumantes com maior grau de dependência e menor nível educacional são menos propensos a tentarem a abstinência. Fumantes menos frequentes e adeptos de versões *light* de cigarro têm mais probabilidade de tentarem a abstinência (Leatherdale e Shields, 2009). Além de se preocupar com os efeitos do cigarro para a saúde, ter um parceiro que desaprove o uso também contribui para um maior número de tentativas (Dijkstra e Brosschot, 2003; Hyland *et al.*, 2004; West *et al.*, 2001).

A maioria dos fumantes já tentou parar de fumar pelo menos uma vez (Hyland *et al.*, 2006; Leatherdale e Shields, 2009); muitas destas tentativas ocorrem repentinamente e sem auxílio especializado (Larabie, 2005). A maior parte dos fumantes não utiliza recursos farmacológicos para parar de fumar (Bansal *et al.*, 2004; Leatherdale e Shields, 2009). Na história de tabagismo de 67 ex-fumantes e 79 fumantes, a maior parte já havia feito tentativas

prévias não planejadas para parar de fumar, sendo que entre os ex-fumantes o número de tentativas não programadas foi maior. Além disso, 64% destas tentativas foi feita sem auxílio especializado (Larabie, 2005).

A falta de conscientização acerca dos recursos de tratamento disponíveis e o custo financeiro são as maiores barreiras externas para que os fumantes que desejam parar não busquem auxílio especializado. Outras razões incluem o descrédito quanto à eficácia do tratamento, a crença de que não precisam de tratamento para parar de fumar, o estigma atrelado à procura de ajuda e a falta de compreensão da forma que o tratamento funciona. Muitos fumantes temem sentir efeitos colaterais pelo uso de fármacos e, por exemplo, receiam tornar-se dependentes da medicação (Hughes *et al.*, 2008; Leatherdale e Shields, 2009). Outro aspecto que pode favorecer os baixos índices de busca de auxílio formal é que muitas tentativas para parar de fumar ocorrem abruptamente (Larabie, 2005). Apesar disso, fumantes que contam com um método formal de cessação são menos propensos a recaídas (Hughes *et al.*, 2008; Leatherdale e Shields, 2009).

Na segunda fase, de manutenção da abstinência, é importante considerar tanto os motivos das falhas em se abster (recaídas) quanto os fatores que auxiliam a manter a abstinência. As recaídas tendem a ocorrer em uma janela de risco que se situa entre cinco e 10 dias depois da tentativa de parar de fumar. Após este período, a incidência de recaída diminui. Apesar disso, as recaídas podem acontecer mesmo anos depois da cessação (Piasecki, 2006). Em estudos retrospectivos, muitos fumantes alegam que fumavam para aliviar sentimentos negativos (Piper *et al.*, 2004) e, de forma frequente, consideram os afetos negativos agudos a razão das recaídas (Piasecki, 2006). Em um estudo epidemiológico canadense, os motivos de recaída mais citados foram estresse ou necessidade de relaxar (34%) e dependência/hábito (25%) (Leatherdale e Shields, 2009).

A fissura pelo cigarro é um dos fatores que contribuem para a manutenção do comportamento de fumar, embora não seja a única causa. Tanto o comportamento de fumar como as taxas de recaída tendem a diminuir com o controle da fissura (Kober *et al.*, 2010). As falhas em se abster também se associam a maiores níveis de dependência da nicotina (escores de dependência no teste de Fargestron ≥ 7) e à presença de sintomas de abstinência (Caponnetto e Polosa, 2008; Zhou *et al.*, 2009). Ser

jovem, do sexo feminino, ter baixo nível socioeconômico e de escolaridade, ter começado a fumar precocemente (antes dos 16 anos) e possuir histórico de sintomatologia psiquiátrica podem repercutir em menores taxas de abstinência a curto e longo prazo (Caponnetto e Polosa, 2008; Piasecki, 2006; Santos *et al.*, 2008; West *et al.*, 2001).

Em relação aos fatores que contribuem para a manutenção da abstinência, evidencia-se que pessoas com história de tentativas prévias e com forte desejo de parar de fumar apresentam mais chances de sucesso. A duração da tentativa também é um importante indicador para a manutenção da abstinência. Fumantes que fizeram tentativas que duraram mais do que cinco dias têm mais chances de parar de fumar do que aqueles que nunca ficaram sem fumar no mínimo por este período (≥ 5 dias) (Caponnetto e Polosa, 2008). Ter uma rede de apoio social também é um fator associado ao melhor desfecho (Lennox, 1992). Como, por exemplo, possuir um parceiro que encoraja e reforça a abstinência de nicotina pode associar-se a bons resultados (Caponnetto e Polosa, 2008).

Além disso, ter um repertório de estratégias de enfrentamento (*coping*) diminui o risco de recaída. Tanto o uso de estratégias cognitivas (p. ex., autoconversaço) quanto comportamentais (por exemplo, relaxamento muscular, atividade física) são preditores do sucesso da cessação do tabagismo (Shadel *et al.*, 2001). Abordagens cognitivo-comportamentais que incluem o uso de estratégias cognitivas para a redução da fissura e prevenção da recaída demonstram efetividade entre dependentes de drogas (O'Connell *et al.*, 2007). Sabe-se que usuários de drogas motivados a se abster podem empregar estratégias cognitivas a fim de suprimir o desejo subjetivo intenso de consumir a substância (Field e Cox, 2008).

Abordagens cognitivo-comportamentais que incluem o uso de estratégias cognitivas para a modulação do desejo intenso de consumir a substância (fissura) e prevenção da recaída demonstram efetividade entre fumantes (O'Connell *et al.*, 2007). Por exemplo, quando fumantes foram expostos a estímulos provocadores de fissura pelo cigarro e por comida e instruídos a pensarem nas consequências imediatas (p. ex., sabor) ou de longo prazo (p. ex., câncer). Quando os fumantes consideraram as consequências de longo prazo, experimentaram menores níveis de fissura, demonstrando papel regulador dos processos cognitivos no desejo pela droga (Kober *et al.*, 2010). De acor-

do com isso, por meio de um estudo experimental, constatou-se que ex-fumantes apresentaram esquivas na atenção para estímulos associados ao cigarro. Além disso, atribuíram pouca valência emocional e referiram baixos índices de fissura antes e após a exposição a imagens com conteúdo relacionado ao cigarro. Os autores concluíram que a esquivas na atenção e a menor valência emocional atribuída aos estímulos relacionados ao cigarro podem caracterizar um processo da atenção típico da abstinência prolongada, no qual estratégias cognitivas são utilizadas pelos ex-fumantes para se manterem livres de tabaco (Peuker e Bizarro, 2014).

O nível de escolarização tem sido descrito como uma das variáveis sociodemográficas mais relevantes no que concerne ao tabagismo. Fumantes com níveis mais elevados de escolarização têm mais consciência dos riscos associados ao comportamento de fumar e, assim, possuem uma probabilidade aumentada de sucesso (Breslau e Peterson, 1996; Henderson *et al.*, 2004; Hymowitz *et al.*, 1997; Santos *et al.*, 2008; Tillgren *et al.*, 1996; Zhou *et al.*, 2009). O primeiro levantamento domiciliar brasileiro sobre o uso de drogas apontou que o tabagismo foi maior entre os grupos com menor escolaridade, quando comparados com os de maior escolaridade (Carlini *et al.*, 2002).

Considerando o exposto, este estudo foi realizado a fim de caracterizar o processo de cessação do tabagismo em ex-fumantes que conseguiram atingir a abstinência prolongada (há oito anos em média). Para tal, foram investigados aspectos relativos tanto à fase de *obtenção da abstinência* quanto à de *manutenção da abstinência*. Estes aspectos foram explorados a fim de fornecer informações que auxiliem na identificação de grupos vulneráveis e possam subsidiar programas de controle ao tabagismo e prevenção da recaída. O avanço do conhecimento neste campo pode permitir maior eficácia no auxílio ao tabagista, garantindo maiores índices de remissão do tabagismo. Em suma, conhecer os aspectos que podem favorecer o abandono do cigarro é decisivo para que intervenções preventivas e de tratamento eficazes possam ser desenvolvidas.

Método

Participantes

Participaram ex-fumantes que constituíram a amostra de um estudo maior no qual se investigou a atenção seletiva para estímulos

associadas ao comportamento de fumar através de uma tarefa experimental de atenção visual (Peuker e Bizarro, 2014). Foram incluídos no estudo 62 ex-fumantes (M=50 anos; DP=11), de ambos os sexos, com oito anos de abstinência em média, sendo que destes 56,5% eram mulheres. Os ex-fumantes foram recrutados através de anúncios na mídia impressa local e da técnica bola de neve, pela indicação dos primeiros sujeitos pesquisados (Biernacki e Waldorf, 1981).

Instrumentos

Ficha com dados sociodemográficos

Foi utilizada para caracterizar a amostra em relação à idade, estado civil, renda mensal e aspectos gerais de saúde.

Questionário sobre o comportamento de fumar retrospectivo

Este questionário foi desenvolvido pela equipe de pesquisa e trata-se de uma medida de autorrelato elaborada para caracterizar o histórico prévio de consumo do cigarro (idade de início do fumo, tempo que fumou, frequência e quantidade de cigarros fumados, tempo de abstinência), variáveis relacionadas ao processo de cessação do tabagismo (motivos para parar de fumar, métodos adotados para deixar de fumar, obstáculos para a abstinência, motivos de recaídas, fatores que auxiliam na manutenção da abstinência). O questionário foi composto por um total de 16 perguntas, com alternativas de resposta previamente definidas. Em todas as questões havia um espaço aberto para complementação das respostas. O questionário foi baseado na revisão da literatura específica da área e na Escala de Motivos para Fumar (*The Modified Reasons for Smoking Scale*) desenvolvida e validada na versão francesa e inglesa por Berlin *et al.* (2003); e nas questões do Questionário de Consequências do Fumar (*Smoking Consequences Questionnaire*) criado e validado na Espanha por Cepeda-Benito e Reig-Ferrer (2004).

Procedimentos

Antes do procedimento de coleta de dados, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, riscos e benefícios em participar, sobre o caráter voluntário da sua

participação e garantia de sigilo de seus dados de identificação. Assim, todos aqueles que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados foi conduzida por um de três entrevistadores devidamente treinados e realizada individualmente em uma sala apropriada, livre de interferências. O procedimento de coleta foi de aproximadamente 15-20 minutos para o preenchimento de questionários. Todos os procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme número 25000.089325/2006-58.

Análise dos dados

A partir dos dados coletados através do questionário sobre o comportamento de fumar retrospectivo foram definidas categorias de análise, sendo: tentativas prévias para parar de fumar, motivo que influenciou a decisão de parar de fumar, métodos de parada, fatores que podem dificultar o processo de cessação, motivos das falhas em se abster (recaída) e estratégias cognitivo-comportamentais que auxiliam na manutenção da abstinência, presença de vontade de fumar (fissura) e situações que despertam desejo de fumar. Estes aspectos foram avaliados considerando a caracterização de todo processo de cessação do tabagismo que envolve dois componentes principais: a fase de *obtenção da abstinência* e a de *manutenção da abstinência*. Os dados foram analisados através de procedimentos de estatística descritiva para análise das variáveis estudadas em termos de distribuição de frequências, escores, médias e desvio-padrão.

As análises foram estratificadas considerando o sexo e a presença de sintomatologia psiquiátrica. Utilizou-se estatística inferencial, sendo que o teste do Qui-quadrado foi empregado para a comparação dos grupos em relação às variáveis categóricas, e para comparação das variáveis intervalares foi utilizado o teste T de Student. Com o intuito de investigar as possíveis correlações entre as variáveis de interesse, utilizou-se o teste de Correlação de Pearson. Em todas as análises realizadas, foi adotado um nível de significância de 5%. Empregou-se o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Resultados

A Tabela 1 apresenta a caracterização socio-demográfica da amostra. A amostra foi composta por um total de 62 ex-fumantes, com

idade média de 50 anos ($dp=11$), intervalo entre 23 e 74 anos de idade, dentre os quais 35 (56,5%) eram mulheres. Homens e mulheres não diferiram quanto à idade. Dos 62 participantes, 69,4% eram casados, 17,7% eram solteiros e 12,9% eram separados. Quanto à raça, a maioria declarou-se caucasiano (82,3%). Do total, 66,2% tinham cursado ou estavam cursando o ensino superior. Os cursos superiores mais referidos foram Psicologia (14,5%) e Direito (11,3%); também foram citados os cursos de Ciências Contábeis, Engenharia, Economia, Letras, Análise de Sistemas, Serviço Social, Biologia, Farmácia, Artes Visuais, Pedagogia, Teatro, Secretariado, História e Educação Física.

Em relação à situação ocupacional, 21% informaram não trabalhar, 74,2% relataram estar trabalhando e 4,8% não responderam. Quanto à condição socioeconômica, 4,8% tinham renda menor do que um salário mínimo, 27,4% tinham renda entre um e cinco salários mínimos, 25,8% tinham uma renda entre cinco e 10 salários mínimos, 12,9% tinham renda entre 10 e 15 salários mínimos e 25,8% tinham renda superior a 15 salários mínimos.

O início do uso regular de cigarro foi, em média, aos 16 anos ($DP=3$). Os participantes haviam fumado por 25 anos em média ($DP=11$), variando de cinco a 47 anos. O grupo de homens fumou por mais tempo ($M=28$ anos, $DP=12$) do que o grupo de mulheres ($M=22$ anos, $dp=10$) ($p<0,05$). O consumo progressivo médio foi de 20 cigarros/dia ($DP=11$), mínimo de três e máximo de 45 cigarros/dia. O grupo de homens e mulheres também diferiu quanto à quantidade diária de cigarros consumida previamente ($p<0,05$). A média de consumo diário dos homens era 24 cigarros/dia ($DP=9$) e das mulheres 17 cigarros/dia ($DP=11$). Os ex-fumantes estavam abstinentes há oito anos em média ($DP=8$), variando entre 40 dias e 38 anos.

Processo de cessação do tabagismo

Do total, 79% haviam tentado parar de fumar antes da tentativa atual; destes, 21% nunca haviam tentado parar de fumar anteriormente. A média foi de 03 tentativas prévias ($dp=4$). Nas vezes em que não haviam conseguido parar de fumar, 56,5% não contaram com auxílio externo para parar de fumar. Dos que buscaram auxílio, 11,3% tomaram medicação, 3,2% usaram goma de nicotina, 1,6% terapia individual, 1,6% terapia em grupo, 1,6% adesivo de nicotina, 1,6% palestra motivacional, 4,8% usa-

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas
Table 1. Demographic information of participants.

| Ex-fumantes (N=62) | | | | |
|------------------------------|---------------|------|-----------------|------|
| Variáveis | Homens (n=27) | | Mulheres (n=35) | |
| Idade | F | % | F | % |
| 18-34 | 2 | 3,2 | 4 | 0 |
| 35-44 | 3 | 4,8 | 9 | 6,5 |
| 45-54 | 12 | 19,4 | 13 | 14,5 |
| 55-64 | 5 | 8,1 | 7 | 21,0 |
| +65 | 5 | 8,1 | 2 | 11,0 |
| Nível de Escolaridade | | | | |
| Ensino Médio | 2 | 3,2 | 2 | 3,2 |
| Superior Incompleto | 4 | 6,5 | 4 | 6,5 |
| Superior Completo | 14 | 30,6 | 19 | 22,6 |
| Não informou | 7 | 11,3 | 10 | 16,1 |
| Estado Civil | | | | |
| Solteiro | 2 | 3,2 | 9 | 14,5 |
| Casado | 23 | 37,1 | 20 | 32,3 |
| Separado/Divorciado | 2 | 3,2 | 6 | 9,7 |
| Situação Ocupacional | | | | |
| Não trabalha atualmente | 6 | 9,7 | 7 | 11,3 |
| Trabalha atualmente | 20 | 32,3 | 26 | 41,9 |
| Não informou | 1 | 1,6 | 2 | 3,2 |
| Raça | | | | |
| Branco | 21 | 33,9 | 30 | 48,4 |
| Pardo | 0 | 0 | 1 | 1,6 |
| Não informou | 6 | 9,7 | 4 | 6,5 |

Tabela 2. História progressa do comportamento de fumar.
Table 2. Smoking history.

| | Homens (n=27) | Mulheres (n=35) | t | P | Total (N=62) |
|-----------------------------|---------------|-----------------|--------|--------|--------------|
| Idade (anos) | 52±12 | 48±10 | -1,377 | 0,174 | 50± 11 |
| Idade início fumo (anos) | 16±3 | 16±3 | 0,215 | 0,831 | 16± 3 |
| Tempo de fumo (anos) | 28±12 | 22±10 | -2,292 | 0,026* | 25±11 |
| Cigarros/dia | 24±9 | 17±11 | -2,770 | 0,007* | 20±11 |
| Tempo de abstinência (anos) | 10 ±8 | 7±8 | -1,116 | 0,269 | 8±8 |

ram mais de um método citado e 17,7% (n=11) não responderam. A maioria referiu que o *motivo* para parar foi preocupação com a saúde (41%), cheiro desagradável do cigarro (17,6%), gravidez (11,8%), conselhos de familiares/amigos (7,8%), conselho médico (2%), mais de um já referido (13,7%) e não informaram (23,5%).

Nas vezes anteriores *em que não haviam conseguido* parar de fumar, a maior parte, 43,5%, parou abruptamente, 17,7% parou gradualmente por redução do número de cigarros a cada dia até parar, 1,6% parou gradualmente por adiamento da hora de fumar a cada dia até parar, 16,1% tentaram mais de um dos métodos descritos e 21% não responderam. O *motivo* pelo qual recaíram foi fissura (14%), estresse (14%), sintomas de abstinência (12%), ganho de peso (8%), álcool (6%), outros fatores não especificados (38%) e não responderam (8%).

Na tentativa atual, na qual os participantes conseguiram efetivamente parar, o motivo foi saúde (41,7%), gravidez (5%), conselhos de familiares/amigos (3,3%), mais de um dos listados (33%), outros (16,7%) que incluíam promessa, cheiro desagradável, morte de um parente, preocupação com a aparência. A maioria parou abruptamente (75%), gradualmente por redução (10%), gradualmente por adiamento (3,3%), e o restante (11,7%) parou através de outro método não especificado. Do total, 51,6% não contaram com apoio externo para parar de fumar; outros utilizaram medicação (14,5%), terapia individual (3,2%), adesivo de nicotina (3,2%), goma de nicotina (3,2%), terapia de grupo (1,6%), mais de um recurso referido (4,8%) e não especificaram (17,7%).

Em relação à questão "*Você ainda sente vontade de fumar?*", do total de participantes, 64,5% responderam que não sentem mais vontade de fumar, enquanto 35,5% ainda sentem vontade (29% de intensidade fraca e 6,5%, moderada).

Para os 35,5% (n=22) que referiram ainda experimentar vontade de fumar, encontros sociais/festas, sentir-se sozinho, bebida alcoólica, situação de estresse, café são os "gatilhos" que mais despertam desejo de fumar. As situações referidas como menos provocadoras de desejo de fumar foram Trânsito/Dirigir e Ler, conforme Tabela 3.

Fatores que podem dificultar o processo de cessação

As situações mais referidas pelos participantes como obstáculos ao processo de cessação foram: ansiedade (74%), irritabilidade

Tabela 3. Situações que mais despertam desejo pelo cigarro.

Table 3. High risk situations for cigarette craving.

| Situação | Sim (%) |
|-----------------------------|---------|
| Encontros sociais/festas | 30 |
| Sentir-se sozinho | 22 |
| Bebida alcoólica | 20 |
| Situação de estresse | 20 |
| Café | 17 |
| Final de refeição | 13 |
| Sentir-se triste | 12 |
| Caminhar pela manhã | 12 |
| Assistir TV | 8 |
| Sentir-se ansioso | 3 |
| Fazer uma pausa no trabalho | 3 |
| Ler | 2 |
| Trânsito/Dirigir | 0 |

(53%), nervosismo (53%), fissura (50%), ganho de peso (48%) e depressão (43%), conforme Tabela 4.

Estratégias para manter abstinência

Do total, 74,2% afirmaram ter pensamentos que auxiliavam na manutenção da abstinência, sendo que, 25,8 referiram que não utilizavam estratégia cognitiva para manter a abstinência do tabaco. Os pensamentos mais referidos foram: "Estou mais cheiroso (a), minhas roupas, meu hálito e meu cabelo não têm cheiro de cigarro" (70,7%), "Sou um bom exemplo para meus filhos/família/amigos sendo um não fumante" (51,7%), "Eu me sinto mais saudável, com mais qualidade de vida" (67,2%), "Eu tenho mais liberdade sendo um não fumante, posso ir aonde eu quero sem me preocupar se posso ou não fumar ou se ainda tenho cigarros" (44,8%), "Eu me sinto com mais controle da minha vida" (34,5%) e "Eu enfrento menos preconceitos como um não fumante" (32,8%). Mais da metade dos participantes (54,8%) empregava estratégias comportamentais para se manter livre do tabaco, enquanto 45,2% não utilizavam nenhuma estratégia deste tipo. As mais frequentes foram prática esportiva (33,9%), convívio social/familiar (28,6%), ler (19,6%) e mascar chiclete/comer bala (16%).

Tabela 4. Fatores que podem dificultar o processo de cessação.**Table 4.** Barriers for quitting smoking.

| Situação | Sim (%) |
|-----------------------------|---------|
| Ansiedade | 74 |
| Irritabilidade | 53 |
| Nervosismo | 53 |
| Fissura | 50 |
| Ganho de peso | 48 |
| Impaciência | 47 |
| Depressão | 43 |
| Frustração | 37 |
| Inquietação | 36 |
| Raiva | 31 |
| Falta de apoio familiar | 27 |
| Fome | 19 |
| Dificuldade para dormir | 14 |
| Dificuldade de concentração | 8 |
| Fadiga | 8 |
| Tremores | 3 |
| Dificuldade para evacuar | 2 |
| Náusea | 2 |

Discussão

Em sua maioria, os ex-fumantes avaliados eram casados, tinham idade média de 50 anos, bom nível socioeconômico, elevado grau de escolarização e trabalhavam atualmente; a idade de início do tabagismo foi de 16 anos, o consumo pregresso de cigarro foi de 20 cigarros/dia em média, e o tempo de tabagismo foi de aproximadamente 25 anos em média. Este perfil está de acordo com aquele descrito em estudos epidemiológicos realizados em outros países, em que indivíduos casados, com idade, renda e escolaridade maiores apresentam maior probabilidade de abandonar o cigarro (Breslau e Peterson, 1996; Caponnetto e Polosa, 2008; Hymowitz *et al.*, 1997; Henderson *et al.*, 2004, Tillgren *et al.*, 1996; Zhou *et al.*, 2009).

Acredita-se que fumantes com mais de 40 anos tenham maior probabilidade de tentar a abstinência do que aqueles mais jovens, devido à maior conscientização da incidência de doenças relacionadas ao tabaco com o avançar

da idade (Breslau e Peterson, 1996). No Brasil, a idade média para o início regular do tabagismo é de 13 anos (Carlini *et al.*, 2002). Contudo, entre os participantes do presente estudo a idade média de início do uso situou-se aos 16 anos, o que pode sugerir que, entre aqueles que conseguem atingir a abstinência prolongada, o início é mais tardio.

De acordo com isso, em um estudo americano de base populacional observou-se que a probabilidade de cessação do tabagismo era significativamente maior em indivíduos que iniciaram a fumar depois dos 13 anos. Comparados com aqueles que começaram a fumar precocemente (antes dos 13 anos), fumantes que iniciaram dos 14 aos 16 anos tinham 1.6 vezes mais chances de parar com sucesso. Aqueles que haviam iniciado a fumar aos 17 anos ou mais tinham uma probabilidade duas vezes maior de ter êxito na tentativa (Breslau e Peterson, 1996).

No presente estudo, 79% dos participantes tentaram parar de fumar anteriormente em média três vezes. A literatura confirma que o processo de cessação do tabagismo é dinâmico e, geralmente, pode envolver algumas tentativas para parar de fumar sem sucesso antes da abstinência prolongada (Caponnetto e Polosa, 2008; Hyland *et al.*, 2006; Zhou *et al.*, 2009). Além disso, tanto nas tentativas prévias de cessação quanto na atual tentativa, mais da metade dos participantes informaram que não contaram com auxílio para parar de fumar. Este resultado também se coaduna com a literatura específica da área que destaca que a maioria dos fumantes que tentam parar de fumar não recorre a um tratamento especializado (Piaseck, 2006; Hughes *et al.*, 2008). Isso reforça a necessidade de esclarecer à população em geral como os programas de tratamento e as medicações atuam, desfazendo crenças errôneas a este respeito. Desta forma, podem-se aumentar as taxas de adesão a estes recursos e também diminuir as chances de fracasso na cessação do tabagismo. Sabe-se que fumantes que recorrem a um método formal de tratamento são menos propensos a recaídas (Hughes *et al.*, 2008; Leatherdale e Shields, 2009).

Quanto aos motivos para deixar de fumar, tanto nas tentativas prévias como na atual, a preocupação com a saúde foi o mais referido, corroborando investigações anteriores (McCaul *et al.*, 2006). A natureza da motivação para a abstinência do tabaco é um fator-chave no processo de cessação do tabagismo. O modelo teórico da motivação extrínseca/intrínseca

ca descreve as origens do desejo de se engajar em um determinado comportamento. Comportamentos motivados intrinsecamente são em geral guiados pela antecipação da recompensa que é sentida internamente, como, por exemplo, a melhora das condições de saúde e na autoconfiança. Por outro lado, os comportamentos motivados extrinsecamente respondem a recompensas ou punições externas (ganhos financeiros, aprovação social). Embora os dois tipos de estados motivacionais possam favorecer mudanças, a mudança motivada intrinsecamente associa-se ao estabelecimento de comportamentos saudáveis, incluindo envolvimento em tratamento para uso de drogas (Ryan e Deci, 2000). Este é um aspecto que pode ser explorado em intervenções direcionadas ao aumento da motivação para mudar o comportamento aditivo.

A fissura pode ser um dos mais sensíveis e consistentes preditores do comportamento de fumar e de recaída. Pistas ambientais relacionadas à droga podem eliciar respostas de fissura tanto por condicionamento clássico como operante (Kober *et al.*, 2010), aumentando a vulnerabilidade à recaída no contexto da cessação do tabagismo (Piasecki, 2006; Field e Cox, 2008). Isto está de acordo com o relato dos ex-fumantes do presente estudo sobre os motivos que precipitaram recaídas, entre os quais os mais referidos foram fissura e *stress*, seguidos por sintomas de abstinência. Na percepção dos participantes, estados emocionais negativos como ansiedade, irritabilidade e nervosismo podem dificultar o processo de cessação do tabagismo, assim como a fissura. Em estudos retrospectivos, fumantes normalmente referem que a razão principal para fumarem é o alívio de emoções negativas (Caponnetto e Polosa, 2008; Piasecki, 2006; Piper *et al.*, 2004). A abstinência de nicotina associa-se a mudanças importantes no humor, fissura e cognição que se agravam rapidamente depois do último cigarro, motivando o uso continuado da substância (Baker *et al.*, 2004). Isto está de acordo com a evidência de que fumantes com diagnóstico de TDAH podem fumar em maior quantidade devido à piora da atenção e do controle inibitório depois da abstinência, como uma espécie de automedicação (McCleron *et al.*, 2008).

Embora a intensidade da fissura se atenuar após longos períodos de cessação, é possível que algum nível persista mesmo anos depois da abstinência (Piasecki, 2006). Entre os ex-fumantes avaliados, a maior parte revelou não

ter mais vontade de fumar (64,5%). Isto pode se dever ao emprego de estratégias cognitivas e comportamentais para a manutenção da abstinência pelos participantes do presente estudo. Um percentual de 74,5% afirmou utilizar estratégias cognitivas e 54,8% estratégias comportamentais que auxiliavam na manutenção da abstinência. Geralmente, a falha em enfrentar de forma efetiva a fissura pelo cigarro, as situações de alto risco (p. ex., exposição às pistas condicionadas aos efeitos da droga) e os sintomas de abstinência elevam a probabilidade de recaída. O uso efetivo de estratégias de enfrentamento está associado ao menor risco de recaída. Tanto o uso de estratégias cognitivas quanto comportamentais são preditores do sucesso da cessação do tabagismo (Shadel *et al.*, 2001).

Os pensamentos mais referidos como úteis na manutenção da abstinência diziam respeito aos aspectos positivos associados com o abandono do cigarro, como, por exemplo, o cheiro mais agradável na roupa, hálito e cabelo, o fato de se tornarem um bom exemplo para filhos e demais familiares e a aquisição de mais qualidade de vida. Além disso, pensar na aquisição de maior liberdade e controle da própria vida e no fato de enfrentarem menos preconceitos como não fumantes também foram referidos pelos ex-fumantes como sendo uma estratégia cognitiva útil na manutenção da abstinência, o que parece estar relacionado a políticas de controle do tabagismo instituídas no Brasil (Cavalcante, 2005). Tais políticas têm contribuído para o abandono do cigarro, auxiliando, mobilizando e educando o fumante e o não fumante sobre os aspectos negativos do tabagismo. Ademais, a restrição do uso de cigarro em locais públicos, por constrangimento, contribui para o processo individual de abandono do cigarro, porque as pessoas desejam ser incluídas no convívio social (Echer *et al.*, 2008).

As estratégias comportamentais mais frequentes foram a prática esportiva e o convívio social/familiar. A literatura da área revela que a prática de exercícios físicos de intensidade moderada contribui para a diminuição do desejo de fumar e do desconforto dos sintomas da abstinência (Daniel *et al.*, 2006; Scerbo *et al.*, 2010). Além disso, estudos revelam que o suporte social aumenta a probabilidade de sucesso na cessação. Da mesma forma, ser casado é um preditor de bons resultados (Lennox, 1992). Sendo assim, estas variáveis devem ser consideradas em programas de prevenção da recaída.

Conclusões

O objetivo inicialmente proposto neste estudo foi alcançado, contribuindo para o avanço do conhecimento sobre as variáveis relacionadas à cessação do tabagismo. No sentido de favorecer a compreensão deste processo, foi proposta a sistematização deste em duas fases centrais, sendo elas a obtenção e a manutenção da abstinência, caracterizadas neste estudo. Os achados corroboram a noção de que parar de fumar requer uma mudança substancial no estilo de vida, e, para muitos fumantes, esta é uma tarefa árdua. A tentativa de se abster exige um esforço contínuo, assim como a persistência em executar estratégias autorregulatórias no sentido de manejar de forma efetiva as situações de alto risco. Não obstante, no início do processo de cessação os fumantes devem enfrentar os sintomas negativos da abstinência, que muitas vezes são acompanhados por picos intensos de fissura que levam ao uso da droga.

Pode-se concluir que o processo de cessação do tabagismo é bastante complexo, pois é influenciado por variáveis que vão desde o âmbito individual (por exemplo, idade de início do consumo, habilidades de *coping*, nível de escolaridade, etc.) até aspectos ambientais (por exemplo, políticas de restrição ao consumo, apoio social/familiar). Novos estudos podem incluir delineamentos mais sofisticados, como o acompanhamento longitudinal desde o período inicial até a abstinência prolongada (*follow up*), além de considerar outras análises estatísticas pertinentes. Por exemplo, a realização de análises covariando tempo de uso do tabaco, consumo diário de cigarro e escolaridade, visto que o grau de instrução é uma variável sociodemográfica relevante no contexto da cessação do tabagismo.

Os resultados obtidos sinalizaram a importância das políticas de controle do tabagismo instituídas no país. Em conjunto, todas estas informações poderão ser úteis no desenvolvimento de intervenções orientadas para elevar os índices de cessação do tabagismo. Esforços devem ser direcionados para identificar e abordar populações vulneráveis (p. ex., menos escolarizadas, com menor nível socioeconômico, com repertório comportamental limitado). Deve-se garantir que as ações de prevenção, de tratamento e as políticas de controle do tabagismo continuem avançando em nosso país e no mundo.

Referências

- BANSAL, M.A.; CUMMINGS, K.M.; HYLAND, A.; GIOVINO, G.A. 2004. Stop-smoking medications: who uses them, who misuses them, who is misinformed about them? *Nicotine & Tobacco Research*, **6**(3):303-310.
<http://dx.doi.org/10.1080/14622200412331320707>
- BAKER, T.B.; PIPER, M.E.; MCCARTHY, D.E.; MAJESKIE, M.R.; FIORE, M.C. 2004. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, **111**(1):33-51.
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-295x.111.1.33>
- BERLIN, I.; SINGLETON, E.G.; PEDARRIOSSE, A.M.; LANCRENON, S.; RAMES, A.; AUBIN, H.J.; NIAURA, R. 2003. The Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction*, **98**(11):1575-1583.
- BIERNACKI, P.; WALDORF, D. 1981. Snowball Sampling: Snowball sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods and Research*, **10**(2):141-163.
- BRESLAU, N.; PETERSON, E.L. 1996. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American Journal of Public Health*, **86**(2):214-220.
<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.86.2.214>
- CAPONNETTO, P.; POLOSA, R. 2008. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Medicine*, **102**(8):1182-1192.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2008.02.017>
- CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. 2002. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001*. São Paulo, Cebrid/UNIFESP.
- CAVALCANTE, T.M. 2005. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Psiquiatria Clínica*, **32**(5):283-300.
- CEPEDA-BENITO, A.; REIG-FERRER, A. 2004. Development of a Brief Questionnaire of smoking urges-Spanish. *Psychological Assessment*, **16**(4):402-407.
<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.16.4.402>
- CHATKIN, J.M.; ABREU, C.M.; HAGGSTRÄM, F.M.; WAGNER, M.B.; FRITSCHER, C.C. 2004. Abstinence rates and predictors of outcome for smoking cessation: do Brazilian smokers need special strategies? *Addiction*, **99**(6):778-784.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00755.x>
- DANIEL, J.Z.; CROPLEY, M.; FIFE-SCHAW, C. 2006. The effect of exercise in reducing desire to smoke and cigarette withdrawal symptoms is not caused by distraction. *Addiction*, **101**(8):1187-1192.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01457.x>
- DIJKSTRA, A.; BROSSCHOT, J. 2003. Worry about health in smoking behaviour change. *Behaviour Research and Therapy*, **41**:1081-1092.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00244-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00244-9)

- ECHER, I.C.; LUZ, A.M.H.; LUCENA, A.F.; MOTTA, G.C.; GOLDIM, J.R.; MENNA BARRETO, S.S. 2008. A contribuição de restrições sociais ao fumo para o abandono do tabagismo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, **29**:520-527.
- FIELD, M.; COX, W.M. 2008. Attentional bias in addictive behaviors: a review of its development, causes, and consequences. *Drug and Alcohol Dependence*, **97**(1-2):1-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.03.030>
- HENDERSON, P.N.; RHOADES, D.; HENDERSON, J.A.; WELTY, T.K.; BUCHWALD, D. 2004. Smoking cessation and its determinants among older American Indians: the Strong Heart Study. *Ethnic Disease*, **14**:274-279.
- HUGHES, J.R.; KEELY, J.; NAUD S. 2004. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*, **99**(1):29-38. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00540.x>
- HUGHES, J.R.; MARCY, T.W.; NAUD, S. 2008. Interest in treatment to stop smoking. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **36**(1):18-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2008.04.002>
- HYLAND, A.; BORLAND, R.; LI, Q.; YONG, H.; McNEILL, A.; FONG, G.T.; O'CONNOR, R.J.; CUMMINGS, K.M. 2006. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, **15**(3):83-94. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2005.013516>
- HYLAND, A.; LI, Q.; BAUER, J.E.; GIOVINO, G.A.; STEGER, C.; CUMMINGS, K.M. 2004. Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Nicotine & Tobacco Research*, **6**(3):363-369. <http://dx.doi.org/10.1080/14622200412331320761>
- HYMOWITZ, N.; CUMMINGS, K.M.; HYLAND, A.; LYNN, W.R.; PECHACEK, T.F.; HARTWELL, T.D. 1997. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco Control*, **6**(2):57-62. http://dx.doi.org/10.1136/tc.6.suppl_2.S57
- KOBER, H.; KROSS, E.F.; MISCHEL, W.; HART, C.L.; OCHSNER, K.N. 2010. Regulation of craving by cognitive strategies in cigarette smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, **106**(1):52-55. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.07.017>
- KORTMAN, G.L.; DOBLER, C.J.; BIZARRO, L.; BAU, C.H.D. 2009. Pharmacogenetics of smoking cessation therapy. *American Journal of Medical Genetics*, **153B**(1):17-28. <http://dx.doi.org/10.1002/ajmg.b.30978>
- LARABIE, L.C. 2005. To what extent do smokers plan quit attempts? *Tobacco Control*, **14**(6):425-428. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2005.013615>
- LEATHERDALE, S.T.; SHIELDS, M. 2009. Smoking cessation: intentions, attempts and techniques. *Health Reports*, **20**(3):31-39.
- LENNOX, A.S. 1992. Determinants of outcome in smoking cessation. *British Journal of General Practice*, **42**(359):247-252.
- McCARTHY, D.E.; GLORIA, R.; CURTIN, J.J. 2009. Attentional bias in nicotine withdrawal and under stress. *Psychology of Addictive Behaviors*, **23**(1):77-90. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014288>
- McCAUL, K.D.; HOCKEMEYER, J.R.; JOHNSON, R.J.; ZETOCHA, K.; QUINLAN, K.; GLASGOW, R.E. 2006. Motivation to quit using cigarettes: a review. *Addictive Behaviors*, **31**(1):42-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.04.004>
- McCLERNON, F.J.; KOLLINS, S.H.; LUTZ, A.M.; FITZGERALD, D.P.; MURRAY, D.W.; REDMAN, C.; ROSE, J.E. 2008. Effects of smoking abstinence on adult smokers with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of a preliminary study. *Psychopharmacology*, **197**(1):95-105. <http://dx.doi.org/10.1007/s00213-007-1009-3>
- O'CONNELL, K.A.; HOSEIN, V.L.; SCHWARTZ, J.E.; LEIBOWITZ, R.Q. 2007. How does coping help people resist lapses during smoking cessation? *Health Psychology*, **26**(1):77-84. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.26.1.77>
- PEUKER, A.C.; BIZARRO, L.A. 2014. Attentional avoidance of smoking cues in former smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **46**(2):183-188. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.014>
- PIASECKI, T.M. 2006. Relapse to smoking. *Clinical Psychology Review*, **26**(2):196-215. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.007>
- PIPER, M.E.; PIASECKI, T.M.; FEDERMAN, E.B.; BOLT, D.M.; SMITH, S.S.; FIORE, M.C.; BAKER, T.B. 2004. A multiple motives approach to tobacco dependence: the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **72**(2):139-54. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.139>
- RYAN, R.M.; DECI, E.L. 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, **55**(1):68-78. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- SANTOS, S.R.; GONÇALVES, M.S.; FILHO, F.S.S.; JARDIM, J.R. 2008. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, **34**(9):695-701. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008000900010>
- SCERBO, F.; FAULKNER, G.; TAYLOR, A.; THOMAS, S. 2010. Effects of exercise on cravings to smoke: The role of exercise intensity and cortisol. *Journal of Sports Sciences*, **28**(1):1-9. <http://dx.doi.org/10.1080/02640410903390089>
- SHADEL, W.G.; NIAURA, R.; GOLDSTEIN, M.G.; ABRAMS, D.B. 2001. Cognitive avoidance as a method of coping with a provocative smoking cue: the moderating effect of nicotine dependence. *Journal of Behavioral Medicine*, **24**(2):169-182. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1010762631464>
- TILLGREN, P.; HAGLUND, B.J.A.; LUNDBERG, M.; ROMELSJÖ, A. 1996. The sociodemographic pattern of tobacco cessation in the 1980s: results from a panel study of living condition surveys in Sweden. *Journal of Epidemiological Community Health*, **50**(6):625-630.

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

<http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.96689110.x>

ZHOU, X.; NONNEMAKER, J.; SHERRILL, B.;
GILSENAN, A.W.; COSTE, F.; WEST, R. 2009.
Attempts to quit smoking and relapse: factors

associated with success or failure from the
ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors*,
34(4):365-373.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.013>

Submetido: 01/08/2014

Aceito: 13/01/2015