

Claudia S Lopes<sup>I</sup>Maria Miranda Autran Sampaio<sup>II</sup>Guilherme L Werneck<sup>I</sup>Dóra Chor<sup>III</sup>Eduardo Faerstein<sup>I</sup>

# Influência de fatores psicossociais na cessação do tabagismo: evidências longitudinais no Estudo Pró-Saúde

## Influence of psychosocial factors on smoking cessation: Longitudinal evidence from the *Pró-Saúde* Study

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar a incidência de cessação de tabagismo e sua associação com fatores psicossociais.

**MÉTODOS:** Foram analisados dados de três fases consecutivas do Estudo Pró-Saúde, estudo longitudinal entre funcionários técnico-administrativos de uma universidade no Rio de Janeiro, Brasil. Os critérios de inclusão foram ter participado das Fases 1 e 3 e ser fumante na linha de base (Fase 1 – 1999). Foram excluídos indivíduos que, no seguimento (Fase 3 – 2007), tinham parado de fumar há menos de um ano. A população final de estudo foi composta de 661 funcionários (78% dos elegíveis). Os riscos relativos (RR) da cessação do tabagismo foram avaliados pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta.

**RESULTADOS:** A incidência acumulada de cessação do fumo em oito anos de seguimento foi de 27,7%. Entre os fatores psicossociais avaliados, ausência de experiência de violência física apresentou-se associada à maior cessação de tabagismo na análise multivariada (RR = 1,67; IC95% 1,09;2,55).

**CONCLUSÕES:** A incidência de cessação de tabagismo foi alta, e o fato de não terem sido encontradas associações com a maioria dos fatores avaliados sugere que grande parte do efeito encontrado seja decorrente do impacto relativamente homogêneo das políticas públicas implementadas no Brasil nas últimas décadas. A associação encontrada entre ausência de exposição à violência e maior incidência de cessação de tabagismo aponta para a importância desse fator nas políticas de controle do tabagismo.

**DESCRIPTORIOS:** Abandono do Uso de Tabaco, psicologia. Hábito de Fumar, prevenção & controle. Campanhas para o Controle do Tabagismo. Estudos de Coortes.

<sup>I</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Epidemiologia. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>II</sup> Secretaria-Geral de Controle Externo. Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>III</sup> Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

#### Correspondência | Correspondence:

Claudia S Lopes  
Instituto de Medicina Social  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Rua São Francisco Xavier, 524 7º andar  
Pavilhão João Lyra Filho  
20550-013 Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
E-mail: lopes@ims.uerj.br

Recebido: 27/8/2012

Aprovado: 21/2/2013

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To evaluate the incidence of smoking cessation and its association with psychosocial factors.

**METHODS:** Data came from three consecutive waves of the Pró-Saúde Study, a longitudinal study of non-faculty civil servants working at a university in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. Inclusion criteria were having participated in Phases 1 and 3 and being a smoker at baseline (Phase 1 – 1999). Those who had stopped smoking less than a year before the follow-up (Phase 3 – 2007) were excluded. The final study population consisted of 661 employees (78% of those eligible). Relative risks (RR) of smoking cessation were evaluated through Poisson regression with robust variance.

**RESULTS:** The cumulative incidence of smoking cessation in eight years of follow-up was 27.7%. Among the psychosocial factors evaluated in the multivariate analysis, only lack of experience of physical violence was associated with higher smoking cessation (RR = 1.67, 95% CI 1.09;2.55).

**CONCLUSIONS:** The incidence of smoking cessation was high, and the fact that associations were not found with most factors evaluated suggests that much of the effect found is due to the impact of public policies implemented in Brazil over the past decades. The association between no exposure to violence and higher incidence of smoking cessation draws attention to the importance of this factor in tobacco control policies.

**DESCRIPTORS:** Tobacco Use Cessation, psychology. Smoking, prevention & control. Tobacco Control Campaigns. Cohort Studies.

---

## INTRODUÇÃO

O hábito de fumar cigarros, iniciado em meados do século XIX, tomou enormes proporções a partir da Primeira Guerra Mundial, principalmente em decorrência da propaganda maciça da indústria, que associava o fumo à imagem de glamour e aceitação social.<sup>28</sup> O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de morbimortalidade conhecidas.<sup>7</sup> Com a expansão do conhecimento sobre os efeitos deletérios do cigarro, houve aumento das pressões sociais para parar de fumar e multiplicação das possibilidades terapêuticas para tal fim.<sup>28</sup> Entretanto, parcela considerável de indivíduos inicia ou mantém o consumo de cigarros. O tabagismo tende a se concentrar em populações que têm especial dificuldade em parar de fumar e apresentam determinados fatores psicossociais, incluindo transtornos mentais, baixo apoio social e exposição crônica à violência.<sup>2,5</sup>

Embora estudos sugiram que a história de depressão diminui a probabilidade de parar de fumar,<sup>11</sup> outras evidências não confirmam tal achado. Uma meta-análise baseada em 15 estudos longitudinais sobre o tema<sup>14</sup> mostra que não há efeito significativo da história de depressão na cessação do tabagismo. Como 14 dos 15 estudos avaliados envolviam pessoas em tratamento

para parar de fumar, a ausência de efeito observada deve ser interpretada nesse contexto específico. Além disso, o pequeno número de estudos identificados, que relata associação entre história de depressão e cessação do tabagismo, acarretou baixo poder estatístico das análises.

Fatores psicossociais adicionais podem influenciar a cessação do tabagismo. Estudos longitudinais sugerem que o fato de conviver com fumantes no domicílio<sup>15</sup> e o baixo nível de apoio social<sup>5</sup> dificultam a cessação do tabagismo.

A relação entre violência física e problemas psicológicos e comportamentais é bem estabelecida na literatura.<sup>16</sup> Estudos mostram que a exposição à violência física/vitimização é fator de risco para outros desfechos em saúde e hábitos de vida, incluindo o tabagismo.<sup>2</sup> Acredita-se que essa associação seja mediada pelo estresse psicológico resultante da exposição à violência e, particularmente no caso do tabaco, este seja utilizado como potencial relaxante. Entretanto, o papel do estresse psicológico na redução da cessação de tabagismo não está plenamente estabelecido.<sup>26,27</sup>

A cessação do tabagismo é uma meta da saúde pública internacional.<sup>a</sup> A identificação de fatores que dificultam a cessação do tabagismo poderá fornecer novos subsídios para as políticas públicas na área. O Brasil é um dos países em que a resposta às políticas voltadas para o controle do tabagismo tem sido bastante efetiva, com redução importante.<sup>b</sup> Entretanto, poucos estudos conduzidos no Brasil investigaram condições socioeconômicas, agravos à saúde física, hábitos de vida, padrões do tabagismo e uso de serviços de saúde associados a essa redução.<sup>1,22,23,c</sup> Este é o primeiro estudo longitudinal conduzido na América Latina a investigar a incidência de cessação do tabagismo e o papel de fatores psicossociais nesse desfecho, conforme verificamos na literatura.

O objetivo deste estudo foi analisar a incidência de cessação de tabagismo e sua associação com fatores psicossociais.

## MÉTODOS

Estudo longitudinal com dados provenientes do Estudo Pró-Saúde.<sup>9</sup> Trata-se de estudo de coorte, tipo censo, que tem como principal objetivo a investigação de determinantes sociais da saúde. A população alvo do Estudo Pró-Saúde constituiu-se de todos os funcionários técnico-administrativos de uma universidade pública do estado do Rio de Janeiro, excluindo-se aqueles cedidos para outras instituições ou licenciados por motivos não relacionados à saúde. Com taxa de participação de 90,4%, 4.030 funcionários participaram na Fase 1, constituindo a linha de base do estudo. Novas coletas de dados foram realizadas em 2001 (Fase 2) e de 2006 a 2007 (Fase 3).

A Fase 1 foi considerada linha de base e a Fase 3, seguimento. Os dados da Fase 2 foram considerados para a complementação das variáveis de exposição, já que não foi coletada informação sobre a época em que o participante parou de fumar.

Foram critérios de inclusão: a) ter participado das Fases 1 e 3 ( $n = 3.273$ ) e b) ser fumante na Fase 1 ( $n = 892$ ). Como o índice de recaídas foi grande no primeiro ano, foram excluídos do estudo aqueles que relataram terem parado de fumar há menos de um ano ( $n = 42$ ) na Fase 3, a exemplo do que foi feito no *First National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES I), conduzido em população geral nos Estados Unidos.<sup>20</sup>

A população elegível para o estudo foi de 850 (892-42) pessoas. Ocorreram 189 perdas, resultando na população final de 661 funcionários (78% dos elegíveis).

Foram utilizados questionários autopreenchíveis, que incluíram variáveis socioeconômicas e demográficas, história de tabagismo ativo e passivo, variáveis relacionadas ao estilo de vida, apoio e rede social, eventos de vida produtores de estresse, morbidade física e mental, entre outras. Para garantir a qualidade da informação foram realizados pré-testes, estudo piloto, validação de escalas e testes de confiabilidade, bem como monitoramento de todo o processo de coleta de dados e de processamento da informação. Estudo de confiabilidade teste-reteste das informações coletadas sobre fumo na linha de base do estudo mostrou kappa de 0,97 (IC95% 0,92;1,00) para fumo corrente e coeficiente de correlação intraclassa (ICC) de 0,92 (IC95% 0,88;0,95) para ter fumado pelo menos 100 cigarros na vida. A confiabilidade do relato de fumo passivo foi substancial (kappa = 0,73; IC95% 0,65;0,95).<sup>6</sup> As propriedades psicométricas das escalas que foram traduzidas e adaptadas no âmbito do Estudo Pró-Saúde e utilizadas neste estudo mostraram-se adequadas.<sup>13</sup>

A variável de desfecho deste estudo foi cessação do tabagismo, criada a partir da resposta à pergunta “Você fuma cigarros atualmente?”, inserida no questionário da Fase 3 e que tinha quatro opções de respostas: 1) Sim; 2) Não, nunca fumei; 3) Não, parei de fumar há um ano ou mais; e 4) Não, parei de fumar há menos de um ano. As pessoas que responderam “sim” foram consideradas fumantes e as pessoas que pararam de fumar há um ano ou mais foram consideradas ex-fumantes. Pessoas que pararam de fumar há menos de um ano foram excluídas da análise.

As variáveis de exposição foram os transtornos mentais comuns (TMC), convivência com fumantes em casa, apoio social, rede social e exposição à violência física.

A presença de TMC foi avaliada pelo GHQ-12 (*General Health Questionnaire*), instrumento de rastreamento, validado em sua versão original<sup>12</sup> e na versão brasileira.<sup>17</sup> O ponto de corte utilizado para o questionário considerou cada item como ausente ou presente (0 ou 1). Aqueles que foram positivos para três itens (em 12), foram classificados como casos de TMC. O período de referência do GHQ-12 foram as duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário.

Na Fase 1, foi investigado se a pessoa convivia com fumantes apenas em casa, em casa e no trabalho, apenas no trabalho ou se não convivia. No entanto, a frequência de cessação do tabagismo entre pessoas que conviviam com fumantes, apenas no trabalho, foi semelhante à das que não conviviam com fumantes. Da mesma forma, a frequência entre pessoas que conviviam com fumantes

<sup>a</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010.

<sup>b</sup> United States Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and Promotion. Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee on the Dietary Guidelines for Americans. Washington (DC); 2010.

<sup>c</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a alimentação saudável. Brasília (DF); 2006.

apenas em casa foi semelhante à observada entre as que conviviam em casa e no trabalho. Assim, foi criada nova variável: “conviver com fumantes em casa”, com duas opções de resposta: 1) Sim – convivia com fumantes em casa, independentemente de conviver no trabalho; 2) Não – convivia com fumantes apenas no trabalho ou não convivia com fumantes.

O apoio social foi avaliado na Fase 1 por meio da escala utilizada no *Medical Outcomes Study* (MOS).<sup>25</sup> Essa escala possui 19 itens, que permitem a avaliação de cinco dimensões de apoio: material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação. A adaptação para o português, feita no âmbito do Estudo Pró-Saúde, apresentou boas propriedades psicométricas.<sup>13</sup>

A rede social foi avaliada por meio de cinco perguntas na Fase 1. Neste estudo, foram consideradas apenas as duas perguntas sobre o número de amigos íntimos e de parentes com os quais o participante sentia-se à vontade para falar sobre tudo ou quase tudo. Essas perguntas foram unificadas e criado um escore (número de amigos e/ou parentes com os quais o participante se sentia à vontade para falar sobre tudo ou quase tudo) e uma nova variável, que dividia o escore com base em tercís.

A exposição à violência física foi avaliada nas Fases 1 (1999) e 2 (2001) por duas perguntas: “Nos últimos 12 meses você foi assaltado ou roubado, isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?” e “Nos últimos 12 meses, você foi vítima de alguma agressão física?”. A partir da resposta a essas perguntas, foi criada nova variável com as categorias: não foi vítima em nenhum momento; foi vítima em pelo menos uma das fases.

Foram estimadas a distribuição da situação em relação ao fumo e a incidência de cessação do tabagismo (variável de desfecho). As distribuições de fumantes e ex-fumantes para cada variável explicativa, bem como os riscos relativos (RR) da cessação de tabagismo associados às exposições em estudo e seus respectivos intervalos de 95% de confiança, foram avaliados mediante o uso do modelo de regressão de Poisson com variância robusta. As variáveis que apresentaram associação significativa ( $p < 0,25$ ) no modelo univariado e variáveis consideradas relevantes segundo a literatura sobre o tema (sexo e idade) foram incluídas no modelo multivariado.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Parecer nº 224/99).

## RESULTADOS

Na Fase 1 do Estudo Pró-Saúde, 3.841 participantes apresentavam informações válidas nas questões

relativas ao hábito de fumar; destes, 23,2% preenchem os critérios para serem considerados “fumantes” na linha de base, 18,6% foram considerados como ex-fumantes e 58,2% nunca fumaram. A situação em relação ao fumo na linha de base mostrou mais fumantes entre: homens ( $p = 0,025$ ), pessoas nas faixas etárias intermediárias (entre 35 e 54 anos) ( $p < 0,001$ ), pretos e pardos ( $p = 0,001$ ), pessoas com pior renda domiciliar *per capita* ( $p < 0,001$ ) e escolaridade ( $p < 0,001$ ) e pessoas que não eram casadas/não viviam em união ( $p < 0,001$ ) (Tabela 1).

A incidência de cessação do tabagismo na população de estudo foi de 27,7% entre 1999 e 2006. Entre os fatores psicossociais avaliados, a ausência de experiência de violência física apresentou-se associada com maior cessação de tabagismo, após os ajustes por sexo, idade e número de cigarros consumidos/dia.

As demais variáveis socioeconômicas, apesar de associadas à situação de tabagismo na linha de base, não se apresentaram significativamente associadas à cessação do tabagismo no seguimento. Presença de TMC, convivência com fumantes em casa, ter apoio social e rede social não apresentaram associação estatisticamente significativa com a incidência de cessação de tabagismo (Tabela 2).

## DISCUSSÃO

A incidência de cessação de tabagismo após oito anos de seguimento (27,7%), neste estudo, foi similar à encontrada em estudo de coorte de base populacional conduzido na Espanha entre 1994 e 2002<sup>10</sup> (28,3% em oito anos) e superior à do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES I),<sup>20</sup> conduzido nos EUA entre 1971-75 e 1982-84 (21,0% em nove anos), e à do *British Household Panel Survey* (BHPS),<sup>5</sup> uma coorte representativa dos adultos britânicos que teve os resultados avaliados entre 1991 e 2000 (21,0% em dez anos). Entretanto, a comparação deste achado com os de estudos internacionais deve ser feita com cautela, já que as políticas públicas voltadas para a redução do fumo foram implantadas em diferentes períodos, e sua abrangência quanto às restrições impostas foi distinta nos diferentes países. Tais políticas tiveram papel importante, se não crucial, na incidência de cessação do fumo em nosso meio e em outros países.

É provável que grande parte da elevada incidência de cessação do tabagismo encontrada seja decorrente das políticas públicas voltadas para o controle do tabagismo ocorridas no Brasil durante o período do presente estudo, diminuindo a influência de outros fatores tradicionalmente associados à cessação. O fato de a população de estudo apresentar, em média, melhor nível educacional do que a população em geral e ser constituída por parcela

**Tabela 1.** Situação em relação ao fumo, segundo características socioeconômicas da população da linha de base (Fase 1) do Estudo Pró-Saúde. Rio de Janeiro, RJ, 1999.

Variável	Fumante	%	Ex-fumante	Nunca fumante	%	Total	p
Sexo							0,025
Masculino	426	24,8	334	19,4	959	55,8	
Feminino	466	22,0	381	18,0	1.275	60,1	
Idade							< 0,001
Até 34 anos	108	9,8	93	8,4	903	81,8	
35-44 anos	475	28,6	340	20,5	846	50,9	
45-54 anos	255	31,5	217	26,8	338	41,7	
55 anos ou mais	54	20,3	65	24,4	147	55,3	
Cor ou raça							0,001
Preto/pardo	434	25,9	303	18,1	939	56,0	
Branco	419	20,7	387	19,1	1.216	60,1	
Renda							< 0,001
< 3 SM	304	35,3	200	23,2	357	41,5	
3-6 SM	296	21,8	228	16,8	835	61,4	
> 6 SM	284	17,9	281	17,7	1.024	64,4	
Escolaridade							< 0,001
< Ensino médio completo	269	27,2	195	19,7	524	53,0	
Ensino médio completo	299	22,9	228	17,5	778	59,6	
Ensino superior completo	255	19,3	244	18,5	823	62,3	
Situação conjugal							< 0,001
Outros	349	24,1	218	15,0	882	60,9	
Casado/vivendo em união	511	22,5	470	20,7	1.290	56,8	

SM: salário mínimo

considerável de profissionais de saúde ou de trabalhadores de hospital universitário, onde as ações de saúde são mais intensas, pode ter contribuído para essa maior incidência de cessação de tabagismo.

Não identificamos outro estudo que tenha avaliado a incidência de cessação de tabagismo no Brasil. Entretanto, é possível comparar as mudanças de prevalência de tabagismo encontradas no Estudo Pró-Saúde, cujos dados foram utilizados neste estudo, com as prevalências encontradas em inquéritos de base populacional conduzidos no Brasil. Essa comparação deve ser feita com cautela em função das diferentes composições etárias das populações. A prevalência de tabagismo foi de 23,2% em 1999, de 21,8% em 2001 e de 21,4% em 2007 na população do presente estudo. A comparação entre as fases do Estudo Pró-Saúde mostra tendência de queda na prevalência de tabagismo, que pode ser observada entre 1989 e 2003 na comparação entre dois estudos populacionais conduzidos no Brasil (PNSN e PMS),<sup>22</sup> sendo as prevalências de 34,8% e 22,4%, em um recorte da população de 18 anos ou mais. Estudo mais recente com dados do Sistema Nacional de Vigilância de Doenças

Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), entre 2006 e 2009, mostrou leve tendência à queda do tabagismo entre homens e estabilidade para mulheres, com exceção daquelas residentes nas regiões Norte e Nordeste.<sup>1</sup>

As primeiras manifestações governamentais para o controle do tabagismo no Brasil começaram ao final da década de 1970.<sup>24</sup> O Instituto Nacional do Câncer lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo em 1988,<sup>d</sup> mas apenas após a criação da Lei Federal 9.294, em 1996,<sup>e</sup> é que se passou a contar com ações educativas continuadas. Essa lei dispõe sobre restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, proibindo o uso desses produtos em recinto coletivo, privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente. Foi seguida de outras leis que incluíram proibições de uso desses produtos em aeronaves e transportes coletivos; de propaganda em qualquer tipo de mídia, exceto pontos de venda; de patrocínio de eventos culturais e esportivos nacionais; de descritores que deem falsa noção de nocividade do produto, tais como "light", "baixos teores", nos maços e propagandas, além de outras medidas.

<sup>d</sup> Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Bases para implantação de um programa de controle do tabagismo. Rio de Janeiro; 1996.

<sup>e</sup> Brasil. Lei 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. *Diário Oficial União*. 16 jul 1996:13074.

**Tabela 2.** Incidência acumulada da cessação de tabagismo segundo exposição a fatores psicossociais, riscos relativos (RR) brutos e ajustados e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Estudo Pró-Saúde. Rio de Janeiro, RJ, 1999/2007.

Variável	Fumantes		Ex-fumantes		p	RR bruto	IC95%	RR ajustado <sup>a</sup>	IC95%
	n	%	n	%					
TMC em 1999					0,515				
Não	289	73,3	105	26,7		1,00		–	–
Sim	161	70,9	66	29,1		1,09	0,80;1,48	–	–
Apoio social (tercis)					0,822				
< 69	153	72,5	58	27,5		1,00		–	–
69-87	160	73,1	59	26,9		0,98	0,68;1,41	–	–
88+	148	70,5	62	29,5		1,07	0,75;1,54	–	–
Rede social (tercis)					0,247				
< 3	104	70,3	44	29,7		1,00		–	–
3-5	143	69,1	64	30,9		1,04	0,71;1,53	–	–
6+	190	75,7	61	24,3		0,82	0,55;1,20	–	–
Convivência com fumantes em casa					0,614				
Sim	219	73,2	80	26,8		1,00		–	–
Não	253	71,5	101	28,5		1,07	0,80;1,43	–	–
Vítima de agressão					0,007				
Pelo menos 1 vez	113	81,9	25	18,1		1,00		–	–
Nunca	320	70,2	136	29,8		1,65	1,07;2,52	1,67	1,09;2,55

TMC: Transtorno Mental Comum

<sup>a</sup>ajustado por sexo, idade e número de cigarros/dia

Estudo qualitativo conduzido em Porto Alegre, entre 2004 e 2006, mostrou que as leis de restrição ao fumo favorecem seu abandono. Quanto mais severas as leis, maior a propensão ao abandono.<sup>8</sup>

Assim como no Brasil, políticas de controle do tabagismo tiveram grande avanço nos demais países, nas últimas duas décadas, e muitos estudos foram conduzidos nesse período. Na Espanha, a lei que proibiu o fumo em locais de trabalho e em alguns estabelecimentos, como bares e restaurantes, foi implantada em 2006.<sup>18</sup> Na Inglaterra, muitas das restrições ao fumo em ambientes públicos aconteceram entre 1996 a 2003 e houve o banimento total em 2007.<sup>19</sup> Já nos Estados Unidos, devido à soberania dos estados, não houve uniformidade nas leis que proibiram o fumo, tanto com relação à abrangência desta proibição quanto às datas em que ocorreram. As proibições começaram em 1975 no estado de Minnesota, mas o maior incremento de leis de controle do tabagismo aconteceu, para a maioria dos estados, entre 1993 e 1996.<sup>4</sup>

A ausência de experiência de violência física foi o único fator associado à cessação do tabagismo: risco 67% maior de parar de fumar em pessoas que não sofreram violência física. A literatura sobre esse tema é escassa e não encontramos nenhum estudo com resultado semelhante. Estudo conduzido entre mulheres adultas jovens nos EUA, apesar de mostrar associação entre violência perpetrada pelo parceiro e tabagismo, não encontrou

associação com cessação.<sup>26</sup> Estudo conduzido entre adolescentes jovens, também nos EUA, mostrou que a vitimização, junto a outros fatores, estava associada ao tabagismo, mas essa associação era menos importante para a cessação.<sup>27</sup>

A ausência de associação significativa entre os demais fatores psicossociais estudados na incidência da cessação do tabagismo foi inesperada. Parte do efeito dessas exposições pode ter sido mais importante na cessação em período anterior às políticas públicas voltadas para o controle do tabagismo de forma geral.

Outra possível explicação refere-se às limitações das informações disponíveis. Algumas das exposições avaliadas podem não se manter constantes. A presença de TMC, e.g., pode ter oscilado ao longo de oito anos. No entanto, só temos disponível a informação em dois momentos anteriores ao desfecho (1999 e 2001). A convivência com fumantes também pode ter se modificado no período em função da importante diminuição da prevalência de fumantes no País. Assim, alguém que convivia com fumantes em casa em 1999 pode ter deixado de conviver. Estudos que avaliaram fatores causais para cessação do tabagismo<sup>5,15,20</sup> apresentam a mesma dificuldade metodológica e utilizaram as informações contidas na linha de base para avaliação das exposições em estudo. O mesmo ocorre para nosso desfecho, i.e., a informação do momento exato em que a pessoa parou de fumar não está disponível.

Assim, considera-se como se todos tivessem parado no mesmo momento.

As limitações apontadas podem ter contribuído para a ausência de associação. Entretanto, a relação entre transtornos mentais e cessação do tabagismo é inconsistente na literatura. Apesar de alguns estudos mostrarem que a depressão influencia negativamente na cessação do tabagismo,<sup>11</sup> outros autores não observaram essa associação.<sup>3</sup> Esses estudos, porém, trabalharam com diagnósticos psiquiátricos, principalmente depressão, e não foram encontrados outros que tenham avaliado a associação dos transtornos mentais comuns com cessação de tabagismo. Utilizar o GHQ, um instrumento de rastreamento autopercebível e, portanto, mais sensível a mudanças ocorridas no estado psicológico dos indivíduos, pode ter enfraquecido a associação entre os TMC e a cessação do fumo.

A importância do apoio social é sugerida na literatura, embora não seja consensual. Dois estudos longitudinais conduzidos nos EUA com pessoas em tratamento para parar de fumar mostraram que o apoio social percebido foi importante para aumentar a cessação do tabagismo em sua fase inicial, bem como para sua manutenção a curto prazo, porém não a longo prazo.<sup>21</sup> Estudo na Inglaterra<sup>5</sup> encontrou associação positiva entre apoio social médio ou alto e maior cessação do tabagismo cerca de dez anos depois. Não foram encontrados

estudos de base populacional que tenham avaliado a relação entre rede social e cessação do tabagismo.

A perda de seguimento (22%) foi similar<sup>20</sup> ou menor<sup>10</sup> à de outros estudos longitudinais sobre o tema. A comparação dos participantes da linha de base do estudo com as perdas com relação ao sexo, idade e variáveis explicativas mostra que não há diferença estatisticamente significativa, o que sugere ausência de viés devido a perdas de seguimento.

A incidência de cessação de tabagismo neste estudo foi elevada, resultado que vai ao encontro das políticas públicas implementadas para esse fim e confirma a tendência à redução da prevalência de tabagismo no Brasil.<sup>1,22</sup> São necessários novos estudos para que seja possível monitoramento constante da tendência da prevalência do tabagismo e o impacto das políticas de controle ao longo dos anos. A continuidade e a periodicidade de inquéritos de saúde, de base populacional, que avaliem o tabagismo, são imprescindíveis para esse fim.

Os resultados deste estudo mostram associação importante entre ausência de exposição à violência e maior incidência de cessação do tabagismo. A violência é fator importante para vários desfechos em saúde e determinante de estilos de vida menos saudáveis.<sup>15</sup> As políticas públicas voltadas para o controle do tabagismo devem incluir a atenção a ambientes cronicamente violentos.

## REFERÊNCIAS

1. Azevedo e Silva G, Valente JG, Malta DC. Trends in smoking among the adult population in Brazilian capitals: a data analysis of telephone surveys from 2006 to 2009. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(Suppl 1):103-14. DOI:10.1590/S1415-790X2011000500011
2. Blossnich JR, Horn K. Associations of discrimination and violence with smoking among emerging adults: differences by gender and sexual orientation. *Nicotine Tob Res.* 2011;13(12):1284-95. DOI:10.1093/ntr/ntr183
3. Breslau N, Johnson EO. Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *Am J Public Health.* 2000;90(7):1122-7. DOI:10.2105/AJPH.90.7.1122
4. Centers for Disease Control and Prevention. Preemptive state tobacco-control laws -United States, 1982-1998. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1999;47(51-52):1112-4.
5. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction.* 2004;99(6):770-7. DOI:10.1111/j.1360-0443.2004.00756.x
6. Chor D, Faerstein E, Alves MG, Lopes CS. How reproducible is self-reported information on exposure to smoking, drinking, and dietary patterns? Evidence among Brazilian adults in the Pró-saúde study. *Sao Paulo Med J.* 2003;121(2):63-6. DOI:10.1590/S1516-31802003000200006
7. Department of Health and Human Services (US), Public Health Service, Office of the Surgeon General. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Rockville; 2010
8. Echer IC, Luz AM, Lucena AF, Motta GC, Goldim JR, Barreto SS. A contribuição de restrições sociais ao fumo para o abandono do tabagismo. *Rev Gaucha Enferm.* 2008;29(4):520-7.
9. Faerstein E, Chor D, Lopes CS, Werneck G. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(4):454-66. DOI:10.1590/S1415-790X2005000400014
10. Garcia M, Schiaffino A, Twose J, Borrell C, Salto E, Peris M, et al. Smoking cessation in a population-based cohort study. *Arch Broncopneumol.* 2004;40(8):348-54. DOI:10.1016/S1579-2129(06)60319-4
11. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet.* 2001;357(9272):1929-32. DOI:10.1016/S0140-6736(00)05064-9
12. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification. *Br Med J.* 1970;1(5707):439-43. DOI:10.1136/bmj.2.5707.439
13. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no estudo

- Pró-saúde. *Cad Saude Publica*. 2003;19(2):625-34. DOI:10.1590/S0102-311X2003000200029
14. Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE, Spring B, Niaura R. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(4):657-63. DOI:10.1037/0022-006X.71.4.657
  15. 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. DOI:10.1136/tc.6.suppl\_2.S57
  16. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
  17. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med*. 1985;15(3):651-9. DOI:10.1017/S0033291700031500
  18. Martínez-Sánchez JM, Fernández E, Fu M, Pérez-Ríos M, Lopez MJ, Ariza C, et al. Impact of the Spanish smoking law in smoker hospitality workers. *Nicotine Tob Res*. 2009;11(9):1099-106. DOI:10.1093/ntr/ntp107
  19. McNabola A, Gill LW. The control of environmental tobacco smoke: a policy review. *Int J Environ Res Public Health*. 2009;6(2):741-58. DOI:10.3390/ijerph6020741
  20. McWhorter WP, Boyd GM, Mattson ME. Predictors of quitting smoking: the NHANES I follow up experience. *J Clin Epidemiol*. 1990;43(12):1399-405. DOI:10.1016/0895-4356(90)90108-2
  21. Mermelstein R, Cohen S, Lichtenstein E, Baer JS, Kamarck T. Social support and smoking cessation and maintenance. *J Consult Clin Psychol*. 1986;54(4):447-53. DOI:10.1037/0022-006X.54.4.447
  22. Monteiro CA, Cavalcante T, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ*. 2007;85(7):527-34. DOI:10.2471/BLT.06.039073
  23. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saude Publica*. 2007;23(6):1319-28. DOI:10.1590/S0102-311X2007000600007
  24. Romero LC, Costa e Silva VL. 23 Anos de Controle do Tabaco no Brasil: a Atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. *Rev Bras Cancerologia*. 2011;57(3):305-14.
  25. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14. DOI:10.1016/0277-9536(91)90150-B
  26. Stueve A, O'Donnell L. Continued smoking and smoking cessation among urban young adult women: findings from the Reach for Health longitudinal study. *Am J Public Health*. 2007;97(8):1408-11. DOI:10.2105/AJPH.2006.109397
  27. Tucker JS, Ellickson PL, Orlando M, Klein DJ. Predictors of attempted quitting and cessation among young adult smokers. *Prev Med*. 2005;41(2):554-61. DOI:10.1016/j.ypmed.2004.12.002
  28. Yach D, Wipfli H. A century of smoke. *Ann Trop Med Parasitol*. 2006;100(5-6):465-79. DOI:10.1179/136485906X97462

---

Pesquisa subvencionada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/Edital Universal – Processo nº 471762/2008-3) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj/CNE – Processo nº E-26/102.684/2008).

Os autores declaram não haver conflito de interesses.