

Lisiane Bizarro <sup>1</sup>  
Ana Carolina Peuker <sup>2</sup>  
Elisa Kern de Castro <sup>3</sup>

## Estratégias autorregulatórias para a manutenção da abstinência em ex-fumantes

### *Self-regulatory strategies to longer nicotine abstinence maintenance in former smokers*

#### RESUMO

O uso de estratégias autorregulatórias pode auxiliar no enfrentamento de situações de risco para fumar, da fissura pelo cigarro e dos sintomas desagradáveis da abstinência de nicotina. Por isso, pode favorecer melhores resultados no processo de cessação do tabagismo, incluindo a manutenção prolongada da abstinência. Foram investigadas as variáveis associadas ao uso de estratégias autorregulatórias para a manutenção da abstinência de nicotina. Participaram 62 ex-fumantes ( $m = 50$  anos;  $DP = 11$ ), homens e mulheres, com oito anos de abstinência em média, que responderam a questionários sobre o comportamento de fumar e sintomatologia psiquiátrica. Conhecer os aspectos que podem favorecer a manutenção da abstinência é fundamental para que modelos custo-efetivos de assistência ao tabagista possam ser desenvolvidos.

**Palavras-chave:** Tabagismo; Autorregulação; Enfrentamento.

#### ABSTRACT

Self-regulating strategies are useful to coping with high risk situations, craving, and the unpleasant nicotine withdrawal symptoms, and are therefore associated with better outcomes in the smoking cessation process, including prolonged abstinence maintenance. Variables associated with the use of self-regulated strategies in the maintenance of nicotine abstinence were investigated. The participants were 62 former smokers ( $m = 50$  years,  $SD = 11$ ), of both genders, with eight years of abstinence in average, who filled out questionnaires about smoking behavior and psychiatric symptomology. Knowing the factors that can contribute to the maintenance of nicotine abstinence is essential for the development of cost-effective treatment models for assistance to smoking cessation.

**Keywords:** Smoking; Self-regulation; Coping.

<sup>1</sup> Pós-doutorada - (Professora Adjunta PPG Psicologia UFRGS).

<sup>2</sup> Pós-doutorada - (Pesquisadora do Laboratório de psicologia experimental, neurociências e comportamento - LPNeC/PPG Psicologia UFRGS).

<sup>3</sup> Pós-doutorada - (Professora Adjunta PPG Psicologia Unisinos).

#### Correspondência:

Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
Laboratório de Psicologia Experimental,  
Neurociências e Comportamento (LPNeC).  
Rua Ramiro Barcelos, 2600 - Bairro Santa  
Cecília. Porto Alegre, RS. CEP 90035-003.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 26 de novembro de 2015. cod. 391.

Artigo aceito em 26 de outubro de 2016.

DOI: 10.5935/1808-5687.20160002

## INTRODUÇÃO

A autorregulação refere-se ao mecanismo pelo qual o indivíduo controla suas funções, estados e processos internos (Baumeister, Todd, & Tice, 1994; Kober, Kross, Mischel, Hart, & Ochsner, 2010). De forma abrangente, pode ser definida como a capacidade de monitorar e modular a cognição, a emoção e o comportamento no sentido de produzir respostas adaptativas às demandas internas e externas (Beauregard, 2003; Berger, Kofman, Livneh, & Henik, 2007; Kober et al., 2010). Em geral, essa habilidade depende de processos conscientes, que requerem esforço e controle voluntários (ascendente). O uso de estratégias autorregulatórias é decisivo no manejo de situações de risco para o uso da droga, da fissura (*craving*) e dos sintomas de abstinência que ameaçam a manutenção da abstinência de nicotina (Kober et al., 2010; Myers & McPetersen, 2009; O'Connell et al., 1998; Posner & Rothbart, 1998; Westbrook et al., 2013).

Entre indivíduos que tentam parar de fumar, as altas taxas de recaídas são geralmente atribuídas a estímulos externos (p. ex., pessoas fumando) e internos (p. ex., estados emocionais negativos como tristeza) que despertam a atenção do usuário e potencializam o desejo de usar a droga (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, & Fiore, 2004; Tiffany, 1990). Sabe-se, ainda, que a fissura intensa pelo cigarro é reconhecidamente um dos fatores que mais contribuem para a manutenção do comportamento de fumar (Kober et al., 2010; Westbrook et al., 2013). A fissura tem sido identificada como uma variável muito importante nas tentativas de cessação do tabagismo. Sabe-se que indivíduos com maiores níveis de *craving* são mais suscetíveis à recaída e que, geralmente, episódios de fissura precedem a recaída (Westbrook et al., 2013). Portanto, engajar-se em estratégias autorregulatórias, cognitivas e comportamentais durante situações de risco pode aumentar a probabilidade de não fumar, diminuindo o risco de recaída (O'Connell, Hosein, & Schwartz, 2006; Slama, Chiang, & Enarson, 2007).

Estratégias cognitivas podem ser definidas como a atividade mental, podendo incluir pensamentos sobre os efeitos adversos do tabaco, cognições que aumentem a motivação ou a autoeficácia. As estratégias comportamentais envolvem ações como deixar a situação de risco, manter-se ocupado para se distrair do desejo de fumar ou substituir o comportamento de fumar por outros. Algumas vezes, as estratégias autorregulatórias comportamentais envolvem o ato de comer e beber, o que pode deixar o indivíduo mentalmente suscetível ao desejo de fumar, ainda que fisicamente ocupado. Além disso, sob certas circunstâncias, comer e beber pode servir de gatilho para o comportamento de fumar. As estratégias cognitivas podem ser conduzidas praticamente em qualquer situação por terem cunho essencialmente privado. Já as comportamentais envolvem ações conduzidas publicamente e requerem mais disposição física do que enfrentamento

cognitivo (O'Connell et al., 2006). Fumantes que utilizaram estratégias autorregulatórias, cognitivas e comportamentais durante as situações que ameaçavam a abstinência tinham mais chance de não fumar do que aqueles que não empregaram esses recursos (Shiffman, Paty, Gnys, Kassel, & Hickcox, 1996). Em outro estudo, investigou-se que tipo de estratégia resultava na prevenção de lapsos que precediam a recaída ao longo do processo de cessação do tabagismo. O uso de múltiplas estratégias, cognitivas e comportamentais, auxiliou os indivíduos a resistirem à tentação de fumar e nenhuma delas foi mais efetiva do que a outra (O'Connell, Hosein, Schwartz, & Leibowitz, 2007).

Estudos de imagem neurofuncional demonstram que os processos adaptativos de autorregulação se assemelham a operações cognitivas utilizadas em tarefas de funcionamento executivo. Em virtude disso, supõe-se que tais processos estejam intimamente relacionados com estruturas corticais frontais, tipicamente vinculadas aos processos executivos, como capacidade de avaliação, planejamento, análise e antecipação de resultados (Rogojanski, Vettese, & Antony, 2011; Westbrook et al., 2013). Em consonância com isso, foram avaliados 21 fumantes antes de pararem de fumar, por meio de ressonância magnética funcional. Aqueles que recaíram foram mais reativos às imagens relacionadas ao fumar em regiões cerebrais relacionadas a emoção, consciência, planejamento e execução motores. Além disso, esses indivíduos tinham diminuição na conectividade entre redes neurais contidas na ínsula e regiões encefálicas envolvidas no controle cognitivo, incluindo o córtex cingulado anterior e o córtex pré-frontal lateral. Esses resultados sugerem que os fumantes que recaíram tinham um controle executivo reduzido sobre as respostas eliciadas pelas pistas condicionadas ao tabaco (Janes et al., 2010).

Os principais tratamentos para a cessação do tabagismo empregam diferentes técnicas cognitivas, comportamentais e farmacológicas. Entre as técnicas mais consistentemente associadas à probabilidade de cessação do tabagismo está o aumento das estratégias autorregulatórias para o enfrentamento de situações de risco. Considera-se que a falha em enfrentar de forma efetiva a fissura (*craving*) pelo cigarro, as situações de alto-risco (p. ex., exposição a pistas condicionadas aos efeitos da droga) e os sintomas de abstinência aumentam as chances de recaída. De forma oposta, o uso efetivo de estratégias de enfrentamento está associado ao menor risco de recaída. O uso de estratégias autorregulatórias tanto cognitivas quanto comportamentais é preditor do sucesso da cessação do tabagismo (Shadel, Niaura, Goldstein, & Abrams, 2001). Há evidência de que indivíduos que conseguem parar de fumar têm um repertório mais amplo de recursos, cognitivos e comportamentais, de enfrentamento do que aqueles que não têm êxito em atingir a abstinência prolongada. Ou seja, os ex-fumantes são mais eficazes em resistir a situações de alto-risco para o uso de cigarro e utilizam mais estratégias autorregulatórias para se abster do tabaco do que aqueles

indivíduos que não conseguem deixar de fumar (Kennett, Morris, & Bangs, 2006).

Abordagens cognitivo-comportamentais e de prevenção da recaída que incluem o uso de estratégias cognitivas para a regulação da fissura e prevenção da recaída demonstram efetividade entre dependentes de drogas (O'Connell et al., 2007). Já foi demonstrado experimentalmente que a intensidade da fissura em fumantes foi modulada por meio de estratégias cognitivas. Índices menores de fissura autorrelatada foram expressos quando os fumantes consideravam as consequências de longo prazo associadas ao seu comportamento de fumar (Kober et al., 2010). Mais recentemente, tem-se evidenciado que intervenções baseadas em *mindfulness* (atenção plena) podem auxiliar no tratamento dos comportamentos aditivos, incluindo o tabagismo (Brewer et al., 2011). O uso de *mindfulness* pode contribuir na redução da fissura, por meio da diminuição da reatividade subjetiva e neural aos estímulos condicionados ao cigarro (Westbrook et al., 2013). De acordo com isso, Rogojanski e colaboradores (2011) designaram, randomicamente, fumantes a empregarem um de dois tipos de estratégias de *coping*, baseadas em *mildfulness* ou supressão, em resposta à fissura (*craving*) eliciada experimentalmente. Os resultados encontrados sugeriram que os fumantes que utilizaram estratégias cognitivas baseadas em *mildfulness* referiram reduções em afeto negativo, sintomas depressivos e dependência de nicotina uma semana após o experimento. Por sua vez, estratégias comportamentais, como a prática de exercício físico de intensidade moderada, também podem ser efetivas na redução do desejo de fumar e dos sintomas de abstinência do cigarro (Daniel, Cropley, & Fife-Schaw, 2006).

Nesse contexto, este estudo foi desenvolvido a fim de investigar as variáveis associadas ao uso de estratégias autorregulatórias, cognitivas e comportamentais, para a manutenção da abstinência prolongada. Avaliaram-se também sintomas de depressão, ansiedade e TDAH, visto que a presença dessas sintomatologias pode comprometer a autorregulação. Esses aspectos podem fornecer subsídios acerca dos mecanismos psicológicos envolvidos na autorregulação bem-sucedida e sobre como capacitar os fumantes a superar o tabagismo.

## MÉTODO

### PARTICIPANTES

Participaram 62 ex-fumantes ( $m = 50$  anos;  $DP = 11$ ), homens e mulheres, com oito anos de abstinência em média, sendo que 56,5% eram mulheres. Seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde, os participantes classificados como ex-fumantes foram aqueles que, após terem sido fumantes, deixaram de fumar há pelo menos um mês (*World Health Organization*, 2003). Adicionalmente, para serem considerados ex-fumantes, os participantes não poderiam ter

fumado qualquer tipo ou quantidade de tabaco no mês prévio à coleta de dados. Os ex-fumantes foram recrutados por meio de anúncios na mídia impressa local. Outra parte da amostra foi obtida a partir da técnica bola de neve, pela indicação dos primeiros sujeitos pesquisados (Biernacki & Waldorf, 1981).

### INSTRUMENTOS

#### QUESTIONÁRIO SOBRE O COMPORTAMENTO DE FUMAR PREGRESSO

Trata-se de uma medida de autorrelato elaborada pela equipe de pesquisa para caracterizar o histórico prévio de consumo do cigarro e variáveis relacionadas ao processo de cessação do tabagismo, tanto no que concerne à fase de obtenção da abstinência (motivos para parar de fumar, métodos adotados para deixar de fumar, etc.) quanto à fase de manutenção da abstinência (obstáculos para a abstinência, motivos de recaídas, etc.). É composto por um total de 16 perguntas, com alternativas de resposta previamente definidas, mas com possibilidade de complementação das respostas.

#### INVENTÁRIO DE BECK PARA ANSIEDADE (*BECK ANXIETY INVENTORY*) (BAI)

O BAI é uma medida dos sintomas comuns de ansiedade, não sendo, no entanto, indicado para identificar categorias nosológicas. A classificação brasileira foi realizada com cinco mil casos, propondo os seguintes resultados: 0 a 9 - mínimo; 10 a 16 - leve; 17 a 29 - moderado; e 30 a 63 - grave (Cunha, 1999, 2001).

#### INVENTÁRIO DE BECK PARA DEPRESSÃO (*BECK DEPRESSION INVENTORY*) (BDI)

Esse instrumento foi utilizado para aferir objetivamente as modificações comportamentais relacionadas à depressão. Quanto à classificação da intensidade dos sintomas, a normatização da versão brasileira do BDI estabelece: (0-11) intensidade mínima, (12-19) leve, (20-35) moderada, (36-63) grave (Cunha, 1999, 2001).

#### ADULT SELF-REPORT SCALE (ASRS)

Essa escala identifica indicativos para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Em sua versão original, teve 56,3% de sensibilidade, 98,3% de especificidade e acurácia de 96,2% ( $k = 0,58$ ). Sua adaptação à língua portuguesa ainda não foi validada, mas há equivalência satisfatória entre as versões em inglês e português. Consideraram-se positivas as respostas aos itens de desatenção da parte A (1 a 9) e/ou aos itens de hiperatividade-impulsividade da parte B (1 a 9) marcadas como *frequentemente* ou *muito frequentemente* (pelo

menos 4 em cada uma das partes). Assim, o ponto de corte adotado neste estudo para cada parte foi de 18 pontos e, para a escala total, 36 pontos (Mattos et al., 2006).

## PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DE COLETA DE DADOS

Antes do procedimento de coleta de dados, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, os riscos e benefícios em participar, sobre o caráter voluntário da sua participação e a 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 entrevistador treinado, realizada individualmente, e teve duração aproximada de 30 minutos. Todos os procedimentos desta pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

## ANÁLISE DOS DADOS

Utilizou-se análise de prevalência para descrever as variáveis categóricas, e média, desvio padrão e valores mínimos e máximos para descrever as variáveis numéricas. Para as análises de fatores associados às categorias *uso de estratégias cognitivas* e *uso de estratégias comportamentais* (para manter a abstinência), utilizou-se a regressão de Poisson (Barros & Hikarata, 2003) com ajuste para variância robusta (RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%). As variáveis contínuas foram analisadas por meio de análise de variância (análise bruta) e regressão linear (análise ajustada). O nível de significância empregado foi de 5% para testes bicaudais. Utilizou-se programa Stata (StatCorp, TX, USA).

## RESULTADOS

Dos 62 participantes, 56,5% (n = 35) eram mulheres, a maior parte deles (51,6%) tinha entre 45 e 59 anos de idade e mais da metade tinha curso superior completo (53,2%). A maioria era casada (69,3%) e declarou-se branca (82,2%). 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 1 e 5 salários mínimos, 25,8% tinham renda entre 5 e 10 salários mínimos, 12,9% tinham renda entre 10 e 15 salários mínimos e 25,8% tinham renda superior a 15 salários mínimos. A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas entre os participantes.

## HISTÓRIA PREGRESSA DO COMPORTAMENTO DE FUMAR

Os participantes começam a fumar com 16 anos em média (mínimo 11; máximo 28 anos), fumaram em média 25

**Tabela 1.** Distribuição das variáveis sociodemográficas entre os participantes

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	35	56,5
Masculino	27	43,5
Idade (anos)		
< 45	18	29,0
45-59	32	51,6
≥ 60	12	19,4
Escolaridade (Nível)		
Superior completo	33	53,2
Superior incompleto	8	12,9
Ensino médio	4	6,5
Não informou	17	27,4
Estado civil		
Solteiro	11	17,7
Casado	43	69,3
Separado/divorciado	8	13,0
Situação ocupacional		
Não trabalha atualmente	13	21,0
Trabalha atualmente	46	74,2
Não informou	3	4,8
Raça		
Branca	51	82,2
Parda	1	1,6
Não informou	10	16,2
Total	62	100,00

anos (DP = 11), o mínimo de 5 e o máximo de 47 anos, em torno de 20 cigarros/dia (DP = 11), intervalo entre 3 e 45 cigarros/dia. Eles estavam abstinentes há 8 anos em média (DP = 8), variando de 40 dias a 48 anos. A maior parte (75%) havia parado abruptamente de fumar, sendo que 13,3% pararam gradualmente (por adiamento ou redução) e outros 11,7% adotaram outro método de cessação. Entre eles, 79% já haviam tentado parar de fumar antes, em média 3 vezes antes (DP = 3). Quanto à fissura, 64,5% responderam que não sentem mais vontade de fumar, enquanto 35,5% ainda sentem vontade. A intensidade da vontade de fumar foi zero (nenhuma) para a maior parte (64,5%), fraca (29%) e moderada (6,5%).

## SINTOMATOLOGIA PSIQUIÁTRICA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E TDAH

Do total da amostra, o escore médio no BAI foi de 5,93 pontos (DP = 6,34), sendo o mínimo zero e o máximo 36 pontos. No BDI, a média dos escores foi de 5,1 pontos (DP = 4,9), mínimo zero e máximo 22 pontos. No ASRS, o escore médio na

parte A (sintomas de desatenção - itens 1 a 9) foi de 12,71 (DP = 4,0), com intervalo entre 3 e 23 pontos. Na parte B (sintomas de hiperatividade/impulsividade - itens 1 a 9), o escore médio foi 13,28 (DP = 4,76), mínimo 6 e máximo 29 pontos, e o escore total foi de 25,86 (DP = 6,95) em média, intervalo entre 13 e 49 pontos. A prevalência de indivíduos que pontuaram positivamente para hiperatividade foi de 8,1%; para desatenção, 3,3%; e para sintomas combinados, 12,9% ( $\geq 36$  pontos).

## ESTRATÉGIAS AUTORREGULATÓRIAS PARA MANUTENÇÃO DA ABSTINÊNCIA

Do total ( $n = 62$ ), 74,2% dos participantes ( $n = 46$ ) afirmaram ter pensamentos que auxiliavam na manutenção da abstinência, e 25,8% ( $n = 16$ ) referiram que não utilizavam nenhuma estratégia cognitiva para manter a abstinência do cigarro. Um total de 54,8% ( $n = 34$ ) afirmou utilizar estratégias comportamentais que auxiliavam na abstinência, enquanto 45,2% ( $n = 28$ ) referiram não utilizar nenhuma estratégia desse tipo para se manter livres de tabaco. A Tabela 2 apresenta as estratégias cognitivas e comportamentais referidas.

Em relação à associação entre *uso de estratégias cognitivas* para manter a abstinência e as variáveis estudadas, a única variável que demonstrou associação com *uso de estratégias cognitivas* foi o método de cessação do tabagismo adotado. Aqueles participantes que usaram “outros” métodos, que incluíam psicoterapia e uso de fármacos, aderiram mais a

estratégias cognitivas do que os que “pararam de forma abrupta.” É possível que, devido ao tamanho reduzido da amostra, tenha faltado poder para a variável “fissura” se associar ao uso de estratégias cognitivas ( $RP = 1,28; p = 0,08$ ). As demais variáveis não apresentaram associação com o desfecho em questão, conforme a Tabela 3.

Quanto à associação entre *uso de estratégias comportamentais* para manter a abstinência de tabaco e as variáveis estudadas, os grupos mais propensos a usar estratégias comportamentais foram: adultos mais jovens ( $< 45$  anos), aqueles que reportaram fissura (vontade de fumar) e os que tinham sintomas de desatenção, conforme Tabela 4.

Nenhuma das variáveis contínuas analisadas (idade, idade de início do fumo, depressão, ansiedade, tempo de abstinência, tempo de fumo, cigarros/dia e tentativas para parar de fumar) demonstrou associação com *uso de estratégias cognitivas* para manter a abstinência. A variável que chegou mais próxima ( $p = 0,07$ ) foi a quantidade de cigarros/dia, que foi maior entre os adeptos dessa estratégia. Considerando a associação entre as variáveis contínuas estudadas e o uso de estratégias autorregulatórias comportamentais, pode-se verificar que os adeptos desse tipo de estratégia eram indivíduos mais jovens e abstinentes há menos tempo. No entanto, quando se controlou o tempo de abstinência para idade, o tempo de abstinência perdeu associação (o efeito se deveu à idade).

**Tabela 2.** Estratégias cognitivas e comportamentais para manter a abstinência.

Estratégias cognitivas para manter abstinência	Sim		Não	
	N	%	N	%
<b>PENSAMENTOS</b>				
<i>“Estou mais cheiroso (a), minhas roupas, meu hálito e meu cabelo não têm cheiro de cigarro”</i>	41	70,7	17	29,3
<i>“Sou um bom exemplo para meus filhos/família/amigos sendo um não fumante”</i>	38	51,7	28	48,3
<i>“Eu me sinto mais saudável, com mais qualidade de vida”</i>	39	67,2	19	32,8
<i>“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”</i>	26	44,8	32	55,2
<i>“Eu me sinto com mais controle da minha vida”</i>	20	34,5	38	65,5
<i>“Eu enfrento menos preconceitos como um não fumante”</i>	19	32,8	39	67,2
<b>Estratégias comportamentais para manter a abstinência</b>				
<b>COMPORTAMENTOS</b>				
<i>Praticar esportes</i>	19	33,9	37	66,1
<i>Convívio social/familiar</i>	16	28,6	40	71,4
<i>Ler</i>	11	19,6	45	80,4
<i>Mascar chicle/comer bala</i>	9	16,1	47	83,9
<i>Prática religiosa</i>	6	10,7	50	89,3
<i>Psicoterapia (individual)</i>	5	8,9	51	91,1
<i>Ter um hobby</i>	4	7,1	52	92,9
<i>Internet</i>	4	7,1	52	92,9
<i>Participar de grupo social (clube, igreja)</i>	3	5,4	53	94,6
<i>Falar ao telefone</i>	2	3,6	54	96,4

**Tabela 3.** Associação entre uso de estratégias cognitivas e as variáveis estudadas

Variável	Uso de estratégias cognitivas (%)	RP (95%IC)	Valor p*
Sexo			0,99
Feminino	74,3	1,00	
Masculino	74,1	1,00 (0,74; 1,34)	
Idade (anos)			0,56
< 45	66,7	1,00	
45-59	78,1	1,17 (0,80; 1,71)	
≥ 60	75,0	1,13 (0,71; 1,79)	
Curso superior			0,37
Não	53,5	1,00	
Sim	81,1	1,30 (0,74; 2,28)	
Tempo de fumo (anos)			0,37
< 10	60,0	1,00	
≥ 10	76,5	1,28 (0,75; 2,17)	
Tempo de abstinência (anos)			0,37**
< 2,5	81,8	1,00	
2,5 a 10,0	70,0	0,86 (0,60; 1,22)	
> 10	70,0	0,86 (0,60; 1,22)	
Método de cessação tabagismo			<0,01
Parada gradual	75,0	1,00	
Parada abrupta	68,9	0,92 (0,59; 1,44)	
Outro	100,0	1,33 (0,89; 2,00)	
Vontade de fumar			0,08
Não	67,5	1,00	
Sim	86,4	1,28 (0,97; 1,68)	
Intensidade da fissura			0,40**
Nenhuma	70,0	1,00	
Fraca	83,3	1,19 (0,89; 1,59)	
Moderada	75,0	1,07 (0,59; 1,96)	
Hiperatividade (ASRS)			0,54
Não	75,4	1,00	
Sim	60,4	0,80 (0,38; 1,66)	
Desatenção (ASRS)			0,57
Não	75,0	1,00	
Sim	50,0	0,67 (0,16; 2,72)	
Hiperatividade e desatenção			0,50
Negativo (0-35 pontos)	75,9	1,00	
Positivo (≥ 36 pontos)	62,5	0,82 (0,47; 0,44)	

\* Teste de tendência linear.

## DISCUSSÃO

Os ex-fumantes avaliados relataram o amplo emprego tanto de estratégias autorregulatórias cognitivas (74,2%) quanto de estratégias comportamentais (54,8%) para a manutenção da abstinência de nicotina. Não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao uso desses dois tipos de estratégias

(cognitivas ou comportamentais). Esse resultado pode sugerir que, independentemente da modalidade, o que pode ser relevante para o processo de manutenção da abstinência é o emprego dessas estratégias. O uso de estratégias cognitivas e/ou comportamentais tem sido considerado um fator de proteção ao lapso e /ou recaída. O máximo benefício foi observado quando mais de uma estratégia, sendo pelo menos uma delas

**Tabela 4.** Associação entre uso de estratégias comportamentais e as variáveis estudadas

Variável	Uso de estratégias cognitivas (%)	RP (95%IC)	Valor p
Sexo			0,54
Feminino	51,4	1,00	
Masculino	59,3	1,15 (0,73; 1,81)	
Idade (anos)			0,04*
< 45	72,2	1,00	
45-59	53,1	0,74 (0,48; 1,14)	
≥ 60	33,4	0,76 (0,20; 1,09)	
Curso superior			0,35
Não	75,0	1,00	
Sim	59,5	0,79 (0,49; 1,29)	
Tempo de fumo (anos)			0,79
< 10	50,0	1,00	
≥ 10	54,9	1,10 (0,56; 2,15)	
Tempo de abstinência (anos)			0,14*
< 2,5	63,6	1,00	
2,5 a 10,0	60,0	0,94 (0,58; 1,53)	
> 10	40,0	0,63 (0,34; 1,18)	
Método de cessação tabagismo			0,96
Parada gradual	50,0	1,00	
Parada abrupta	53,3	0,94 (0,44; 1,99)	
Outro	57,1	1,07 (0,53; 2,17)	
Vontade de fumar			0,03
Não	45,0	1,00	
Sim	72,3	1,62 (1,05; 2,50)	
Intensidade da fissura			0,25*
Nenhuma	47,5	1,00	
Fraca	72,2	1,52 (0,98; 2,35)	
Moderada	50,0	1,05 (0,37; 3,98)	
Hiperatividade			0,55
Não	56,1	1,00	
Sim	40,0	0,71 (0,24; 2,15)	
Desatenção			<0,01
Não	53,0	1,00	
Sim	100,0	1,88 (1,48; 2,38)	
Hiperatividade e desatenção			0,62
Negativo (0-35 pontos)	53,7	1,00	
Positivo (≥ 36 pontos)	62,5	1,16 (0,64; 2,11)	

\* Teste de tendência linear.

cognitiva, era empregado (O'Connell et al., 2006). Esse dado corrobora a noção de que pessoas que param de fumar com êxito têm mais recursos cognitivos e comportamentais para enfrentar situações tentadoras e os efeitos adversos associados ao processo de cessação do tabagismo (Kennett et al., 2006).

Maior renda e escolaridade predizem o sucesso da cessação do tabagismo (Hyland et al., 2006), e são

características dos participantes deste estudo. Os processos de autorregulação e enfrentamento (*coping*) relacionam-se a estruturas corticais envolvidas nos processos executivos. Nesse sentido, a educação formal pode favorecer o treino e o desenvolvimento de tais capacidades. Sendo assim, faz sentido pensar que indivíduos com níveis menores de escolarização tenham mais dificuldades na autorregulação.

Além disso, pessoas com maior escolarização têm mais acesso a informações disponíveis sobre os riscos atrelados ao comportamento de fumar. No Brasil, indivíduos sem nenhuma escolaridade têm probabilidade cinco vezes maior de serem fumantes do que aqueles com nível superior. A maior prevalência de tabagismo entre as classes menos favorecidas relaciona-se tanto a fatores sociais como às estratégias para expansão de mercado da indústria do tabaco, que estimulam o consumo e facilitam o acesso ao cigarro (Caram et al., 2009).

Entre os ex-fumantes avaliados, a leitura estava entre as estratégias comportamentais para a manutenção da abstinência mais referidas. Naturalmente, em populações menos escolarizadas, esse recurso deve ser pouco empregado. Por isso, estudos que incluam populações com menores níveis de escolarização e renda são necessários para identificar possíveis diferenças no que concerne às estratégias de manutenção da abstinência entre subgrupos de ex-fumantes. Assim, programas de cessação do tabagismo e prevenção da recaída podem ser planejados considerando as peculiaridades de cada população.

Em relação às estratégias cognitivas, os pensamentos *“Estou mais cheiroso(a), minhas roupas, meu hálito e meu cabelo não têm cheiro de cigarro”*; *“Sou um bom exemplo para meus filhos/família/amigos sendo um não fumante”* e *“Eu me sinto mais saudável, com mais qualidade de vida”* foram os mais referidos como estratégias cognitivas úteis na perpetuação da abstinência. De forma comum, as abordagens cognitivo-comportamentais dirigidas para o tabagismo incluem a regulação da fissura como um aspecto do tratamento (Piasecki & Baker, 2001), mas não definem que estratégias específicas são mais efetivas no manejo da fissura (Kober et al., 2010).

Diante disso, identificar estratégias autorregulatórias que podem influenciar a manutenção da abstinência é um aspecto fundamental para o sucesso do tratamento. Por exemplo, no âmbito clínico, pode-se auxiliar os pacientes a identificar pensamentos e/ou crenças (*“Estou mais cheiroso”*, *“Sou um bom exemplo para meus filhos”*, *“Tenho mais qualidade de vida”*) e acessá-los a partir da visualização de imagens mentais para redução da fissura ou dos sintomas de abstinência. De acordo com isso, já foi demonstrado experimentalmente que a regulação cognitiva pode diminuir a fissura para fumar (Kober et al., 2010). Estratégias cognitivas, como pensar nas razões para parar, aumentam a motivação momentânea que ajuda a superar os desafios para o autocontrole (Muraven & Slessareva, 2003).

Um aspecto interessante nos resultados encontrados é que os participantes reportaram pensamentos relacionados às modificações no cenário brasileiro, no que concerne ao controle do tabagismo, ocorridas nos últimos 15 anos (Cavalcante, 2005). Entre as estratégias cognitivas úteis para a manutenção da abstinência, os ex-fumantes referiram os seguintes pensamentos *“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”* e *“Eu enfrento menos preconceitos como um não fumante”*. Medidas de combate ao

tabagismo implantadas no País, como ações educativas que disseminam informações sobre os efeitos deletérios do cigarro (p. ex., a inclusão de mensagens de advertência nas carteiras de cigarro), sobre as estratégias da indústria do tabaco e sobre a legislação brasileira para controle do tabagismo, bem como a extinção das propagandas e atividades de promoção de produtos derivados do tabaco, têm contribuído para desconstruir a atmosfera de aceitação social do hábito de fumar (Cavalcante, 2005).

Houve associação entre o *uso de estratégias cognitivas* e o método de cessação do tabagismo adotado. Os participantes que haviam utilizado “outros” métodos (psicoterapia, adesivo, uso de fármacos, etc.) aderiram mais a estratégias cognitivas do que os que “pararam de forma abrupta”. Possivelmente, o uso efetivo de respostas cognitivas associa-se ao bom funcionamento executivo. Sabe-se que indivíduos com fraco controle inibitório são mais suscetíveis a respostas impulsivas do que aqueles com adequado funcionamento executivo (Goldstein & Volkow, 2002; Wiers et al., 2007). Por isso, pode-se pensar que ex-fumantes que “planejaram” a abstinência foram os que mais utilizaram as estratégias cognitivas.

Constatou-se, ainda, que o uso de estratégias autorregulatórias comportamentais para manter a abstinência associou-se à presença da fissura, idade (< 45 anos) e sintomatologia positiva para TDAH (desatenção). A relação encontrada entre uso de estratégia comportamental e presença da fissura tem sido discutida na literatura. Por exemplo, demonstra-se que a prática de exercícios físicos de intensidade moderada pode auxiliar no alívio da fissura pelo cigarro e do desconforto dos sintomas da abstinência do cigarro (Daniel et al., 2006; Scerbo, Faulkner, Taylor, & Thomas, 2009). Em um estudo prévio, demonstrou-se que a prática tanto de caminhada quanto de corrida associava-se a menores índices de fissura em relação à condição-controle (inatividade física) (Scerbo et al., 2009).

Postula-se que mudanças psicobiológicas, como o aumento de endorfinas, cortisol e opioides, podem mediar a relação entre a prática de atividades físicas e respostas afetivas. A literatura reforça que exercícios reduzem a fissura por meio de seus efeitos positivos na redução do estresse (e afetos negativos) (Taylor, Ussher, & Faulkner, 2006). É possível que sintomas mais agudos de fissura motivem maior engajamento em respostas comportamentais, como, por exemplo, a prática de atividades físicas. Já níveis baixos de fissura podem ser aplacados prontamente a partir de estratégias cognitivas, em virtude da sua menor magnitude. Contudo, essa hipótese deve ser mais bem explorada no futuro.

Por fim, a associação entre sintomas de desatenção e o uso de estratégia comportamental deve ser cautelosamente interpretada, pois não foi realizada uma avaliação clínica para garantir acurácia desse resultado. O TDAH é caracterizado pelo prejuízo no desempenho cognitivo, especialmente de funções executivas (capacidade de planejamento, organização, etc.) e



muitos indivíduos com esse diagnóstico fumam para melhorar sua *performance* cognitiva (Kalil et al., 2008). Seria plausível pensar que esses indivíduos tenham maiores dificuldades em adotar estratégias cognitivas que muitas vezes dependem do bom funcionamento do controle executivo. Esse aspecto, se confirmado, deve ser considerado em programas de tratamento do tabagismo direcionados a populações psiquiátricas com esse diagnóstico.

## CONCLUSÕES

Os objetivos desta investigação foram alcançados, ampliando o entendimento sobre os fatores associados ao uso de estratégias autorregulatórias na cessação do tabagismo. Contudo, podemos sinalizar algumas limitações desta investigação. Na amostra estudada, houve predomínio de indivíduos com maior grau de escolaridade, bom nível socioeconômico e maior idade. Por isso, deve-se ter cautela ao comparar os resultados obtidos com populações menos escolarizadas, de menor nível socioeconômico e mais jovem. A técnica de amostragem não foi aleatória, limitando a generalização dos resultados. Por isso, novas investigações devem considerar procedimentos de amostragem probabilística, que confira maior grau de extrapolação aos resultados.

Novos estudos devem abordar as variáveis de interesse ao longo do tempo, por meio de estudos longitudinais. Assim, será possível estabelecer de forma mais apropriada as variáveis associadas ao uso de estratégias autorregulatórias para a cessação do tabagismo, inclusive avaliando outras variáveis, como características pré-mórbidas, déficits cognitivos, entre outros. Tem sido demonstrado que usuários de drogas apresentam prejuízos no funcionamento executivo e pobre controle inibitório, elevando as chances de recaída. Por isso, pode ser determinante conhecer, em termos neurais, os mecanismos subjacentes às estratégias autorregulatórias. Nessa direção, estudos de neuroimagem devem ser desenvolvidos explorando os sistemas neuronais relacionados à efetiva autorregulação.

De modo geral, os resultados obtidos confirmam a utilidade das estratégias autorregulatórias na manutenção da abstinência, que são um fator importante das intervenções cognitivo-comportamentais. Os resultados evidenciaram que as pessoas que têm êxito em deixar de fumar são pró-ativas, pois são hábeis em enfrentar situações de alto risco para a recaída. Esses indivíduos utilizam múltiplas estratégias, tanto cognitivas quanto comportamentais, na direção da meta pretendida: manter-se abstinente do cigarro. Em conjunto, todos esses achados poderão informar sobre a relevância das estratégias autorregulatórias para os tratamentos cognitivo-comportamentais, como, por exemplo, intervenções baseadas em *mindfulness*.

## REFERÊNCIAS

- 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.
- Barros, A. J., & Hirakata, V. N. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: An empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, 3, 1-13.
- Baumeister, R. F., Todd, R. H., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego: Academic Press.
- Beauregard, M. (Ed.). (2003). *Consciousness, emotional self-regulation and the brain*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Berger, A., Kofman, O., Livneh, U., & Henik, A. (2007). Multidisciplinary perspectives on attention and the development of self-regulation. *Progress in Neurobiology*, 82(5), 256-286.
- Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). Snowball sampling. *Sociological Methods and Research*, 10(2), 141-163.
- Brewer, J. A., Mallik, S., Babuscio, T. A., Nich, C., Johnson, H. E., Deleone, C. M., ... Rounsaville, B. J. (2011). Mindfulness training for smoking cessation: Results from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 72-80.
- Caram, L. M. O., Ferrari, R., Tanni, S. E., Coelho, L. S., Godoy, I., Silva Martin, R. S., & Godoy, I. (2009). Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(10), 980-985.
- Cavalcante, T. M. (2005). O controle do tabagismo no Brasil: Avanços e desafios. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(5), 283-300.
- Cunha, J. A. (1999). Estudos dos pontos de corte do BDI e BAI na versão em português. *8º Congresso Nacional de Avaliação Psicológica*. Poster 78, Porto Alegre.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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.
- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1643-1652.
- 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, 83-94.
- Janes, A. C., Pizzagalli, D. A., Richardt, S., Frederick, B. D., Chuzi, S., Pachas, G., ... Kaufman, M. J. (2010). Brain reactivity to smoking cues prior to smoking cessation predicts ability to maintain tobacco abstinence. *Biological Psychiatry*, 67(8), 722-729.
- Kalil, K. L., Bau, C. H., Grevet, E. H., Sousa, N. O., Garcia, C. R., Victor, M.M., ... Belmonte-de-Abreu, P. (2008). Smoking is associated with lower performance in WAIS-R Block Design scores in adults with ADHD. *Nicotine and Tobacco Research* 10(4), 683-688.

- Kennett, D. J., Morris, E., & Bangs, A. M. (2006). Learned resourcefulness and smoking cessation revisited. *Patient Education and Counseling, 60*(2), 206-211.
- 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.
- Mattos, P., Segenreich, D., Saboya, E., Louzã, M., Dias, G., & Romano, M. (2006). Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Revista de Psiquiatria Clínica, 33*(4), 188-194.
- Muraven, M., & Slessareva, E. (2003). Mechanisms of self-control failure: motivation and limited resources. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*(7), 894-906.
- Myers, A. G., & McPeterson, L. (2009). Coping with temptations and adolescent smoking cessation: An initial investigation. *Nicotine & Tobacco Research, 11*(8), 940-944.
- O'Connell, K. A., Gerkovich, M. M., Cook, M. R., Shiffman, S., Hickcox, M., & Kakolewski, K. E. (1998). Coping in real time: Using Ecological Momentary Assessment techniques to assess coping with the urge to smoke. *Research in Nursing & Health, 21*(6), 487-497.
- O'Connell, K. A., Hosein, V. L., & Schwartz, J. E. (2006). Thinking and/or doing as strategies for resisting smoking. *Research in Nursing & Health, 29*(6), 533-542.
- 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.
- Piasecki, T. M., & Baker, T. B. (2001). Any further progress in smoking cessation treatment? *Nicotine & Tobacco Research, 3*(4), 311-323.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (1998). Attention, self-regulation and consciousness. *Philosophical Transactions of the Royal Society, 353*(1377), 1915-1927.
- Rogojanski, J., Vettese, L. C., & Antony, M. M. (2011). Coping with cigarette cravings: Comparison of suppression versus mindfulness-based strategies. *Mindfulness, 2*(1), 14-26.
- Scerbo, F., Faulkner, G., Taylor, A., & Thomas, S. (2009). Effects of exercise on cravings to smoke: The role of exercise intensity and cortisol. *Journal of Sports Sciences, 28*(1), 11-9.
- 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.
- Shiffman, S., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel, J. A., & Hickcox, M. (1996). First lapses to smoking: Within-subjects analysis of real-time reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 366-379.
- Slama, K., Chiang, C. Y., & Enarson, D. A. (2007). Helping patients to stop smoking. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases, 11*(7), 733-788.
- Taylor, A., Ussher, M. H., & Faulkner, G. (2006). The acute effects of exercise on cigarette cravings withdrawal symptoms, affect and smoking behavior: A systematic review. *Addiction, 102*(4), 534-543.
- Tiffany, S. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and non-automatic processes. *Psychological Review, 97*, 147-168
- Westbrook, C., Creswell, J. D., Tabibnia, G., Julson, E., Kober, H., & Tindle, H. (2013). Mindful attention reduces neural and self-reported cue-induced craving in smokers. *Social, Cognitive, and Affective Neuroscience, 8*(1), 73-84.
- Wiers, R.W., Bartholow, B. D., van der Wildenberg, E., Trush, C., Engels, R. C. M. E., Sher, K., J., . . . Stacy, A.W. (2007). Automatic and controlled process and the development of addictive behaviors in adolescents: A review and a model. *Pharmacology Biochemistry and Behaviors, 86*(2), 263-283.
- World Health Organization (2003). Scientific Advisory Committee on Tobacco Product Regulation (SacTob). Statement of principles guiding the evaluation of new or modified tobacco.