

A motivação como estratégia para cessação do tabagismo

Motivation as a strategy for smoking cessation

La motivación como estrategia para el cese del tabaquismo

Lucia Soares Buss Coutinho. Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). Lages, SC, Brasil. luciasoaresbuss@gmail.com (Autora correspondente)

Sandra Regina Martini Brun. Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). Lages, SC, Brasil. sanbrun@gmail.com

Marina Patrício de Arruda. Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). Lages, SC, Brasil. marinh@terra.com.br

Resumo

Objetivo: conhecer os aspectos motivacionais relacionados ao abandono do hábito de fumar. **Métodos:** foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove ex-fumantes nos seus respectivos domicílios, em um bairro de Lages-SC em cujo serviço de atenção primária atua o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. A amostra foi obtida por conveniência, obedecendo aos critérios de inclusão: indivíduos maiores de 18 anos classificados como ex-fumantes. A análise das entrevistas foi realizada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **Resultados:** os relatos apresentados evidenciaram a motivação como ferramenta de enfrentamento do tabagismo, ressaltando que ela não é exterior às pessoas, mas, pelo contrário, depende de vontade própria. **Conclusão:** o processo de abandono do tabagismo é complexo e multifatorial. Exige observação atenta do profissional de saúde e habilidade de criar um ambiente capaz de motivar as pessoas para o cuidado de sua própria saúde.

Palavras-chave:

Motivação
Abandono do Hábito de Fumar
Comportamentos Saudáveis

Abstract

Objective: to know the motivational aspects related to smoking cessation. **Methods:** semi-structured interviews were conducted with nine former smokers in their homes, located in a neighbourhood of Lages-SC, whose primary care service has a Residency Programme in Family and Community Medicine. This sample was obtained by convenience, following the inclusion criteria: patients over 18 years classified as former smokers. The analyses of the interviews were performed using the Discourse of the Collective Subject. **Results:** the accounts presented showed that motivation is a tool for smoking cessation, emphasizing that it is not external to the people; on the contrary, it depends on their own will. **Conclusion:** the process of smoking cessation is complex and multifactorial, requiring the health professional to be watchful and skilful in order to create an environment that motivates people to take care of their own health.

Keywords:

Motivation
Smoking Cessation
Health Behavior

Resumen

Objetivo: conocer los aspectos motivacionales relacionados con el abandono del hábito de fumar. **Métodos:** fueron realizadas entrevistas semiestruturadas con nueve ex fumadores en sus domicilios, en un barrio de Lages-SC, en cuyo servicio de atención primaria actúa el Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria. Esta muestra se obtuvo por conveniencia de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años clasificados como ex fumadores. Se realizó el análisis de las entrevistas utilizando el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). **Resultados:** los relatos presentados mostraron la motivación como una herramienta para el enfrentamiento del tabaquismo, resultando que no es externa a las personas, por el contrario depende de su propia voluntad. **Conclusión:** el proceso de dejar de fumar es complejo y multifactorial, requiriendo una estrecha observación del profesional de la salud y la capacidad de crear un ambiente que motive a la gente a cuidar de su propia salud.

Palabras clave:

Motivación
Cese del Tabaquismo
Conductas Saludables

Introdução

O tabagismo é um fator de risco que deve ser combatido e classificado como de alta prioridade, uma vez que fumar está comprovadamente relacionado a uma série de doenças e a um elevado número de mortes em todo o mundo.¹ Além disso, sabe-se que parar de fumar aumenta a expectativa e a qualidade de vida em qualquer faixa etária, inclusive entre os indivíduos que já desenvolveram alguma doença.²

A política Nacional de Controle do Tabaco no Brasil determina como uma das principais estratégias de ação oferecer ajuda para a cessação do tabagismo. As ações de controle do tabagismo preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e Instituto Nacional de Câncer (INCA) incluem atividades de acompanhamento em grupos semanais com abordagem cognitivo-comportamental e dispensação de medicação de forma gratuita.³ No entanto, a exigência de capacitação e credenciamento das unidades básicas de saúde faz com que o acesso a esse tratamento ainda não seja realidade em muitos locais.² Estatisticamente, sabe-se que no Brasil, no ano de 2008, aproximadamente 45% dos tabagistas tentaram parar de fumar, sendo que, dentre esses, apenas 3% conseguiram parar definitivamente.⁴ Por outro lado, estudos mostram que, com o apoio de profissionais, o êxito obtido pode passar de 3% para 20-30%,³ considerando-se o tratamento bem sucedido após um ano de abstinência.⁵

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo mostra que permanecem lacunas sobre as estratégias mais eficazes na abordagem do fumante. Assim, considera-se um desafio entender as características da população de fumantes para que possam ser oferecidas estratégias de cessação mais adequadas aos diferentes subgrupos de pessoas que buscam a abstinência.⁴ O Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante reconhece que o tratamento do fumante é uma prática recente em todo o mundo e que, portanto, o acúmulo de experiências nessa área também é incipiente.³ No entanto, reforça que o foco da abordagem deve observar o aspecto motivacional, consistindo na discussão de crenças e pensamentos gerados pela dependência química e, ainda, a abordagem dos efeitos psicológicos e condicionamentos associados ao fumar.²

O presente estudo teve como objetivo conhecer os aspectos motivacionais para o abandono do tabagismo. Justifica-se por contribuir para a reflexão dos profissionais que atuam na atenção primária, bem como nas discussões do Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação e Saúde (GEPESVIDA) ao promover a compreensão do direito das pessoas de viverem com mais qualidade.

Métodos

Realizou-se uma pesquisa de campo descritiva de metodologia qualitativa, no período de julho a dezembro de 2012, no município de Lages/SC, no bairro Tributo, local de atuação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC). Os entrevistados foram escolhidos por conveniência, segundo indicação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: indivíduos maiores de 18 anos, que no momento da entrevista classificaram-se como ex-fumantes, ou seja, fumantes regulares que no momento da entrevista encontravam-se abstinentes há mais de 1 ano.⁶

Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, no domicílio dos participantes, abordando temas como: a) A motivação para parar de fumar; b) A existência de sujeitos incentivadores deste processo; c) O papel dos familiares; e d) A opinião quanto à atuação médica nesse momento.

Ao todo, foram realizadas nove entrevistas com todos os indivíduos indicados após um período de 30 dias de busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde. Percebeu-se a repetição de um mesmo padrão de respostas, considerando-se a amostra saturada, dando-se por encerrada a fase de coleta de dados. Os relatos foram registrados em áudio, integralmente transcritos a seguir e por fim organizados e categorizados em subconjuntos para só então ocorrer a análise e compreensão dos significados expressos pelos sujeitos da pesquisa.

A análise deu-se por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC),⁷ uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, fundamentada na teoria da Representação Social, que permite que a coletividade fale diretamente sobre o tema a ser estudado.⁸ Para tanto, para cada pergunta do estudo, realizou-se a seleção das expressões-chave de cada discurso particular, identificando-se uma ideia-central (IC) e culminando com o agrupamento das expressões referentes às ideias centrais semelhantes ou complementares na construção de um discurso-síntese representativo da coletividade.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos previstos pela resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde referente a pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), sob protocolo nº 055/12.

Resultados e Discussão

Características dos entrevistados

A Tabela 1 demonstra algumas características dos entrevistados referentes aos aspectos sociodemográficos da amostra (n=9). Observa-se que a maioria era do sexo feminino (n=6), com idade entre 41-50 anos, tendo começado a fumar antes dos 18 anos de idade e fumando ativamente por 20 a 30 anos. Acerca da dependência do tabaco, a totalidade dos entrevistados relatou fissura no momento em que interrompeu o tabagismo, assim como sintomas da síndrome de abstinência, caracterizando dessa forma o estabelecimento da dependência física da nicotina. Por fim, a maioria relatou estar abstinente há menos de 4 anos no momento da entrevista.

Tabela 1. Aspectos sociodemográficos dos entrevistados, Lages-SC, 2012.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	6	66,7
Masculino	3	33,3
Idade (anos)		
<40	1	11,1
41 – 50	4	44,4
51 – 60	1	11,1
>61	3	33,3
Idade em que começou a fumar (anos)		
<18	8	88,9
<15	5	
<10	4	44,4
Tempo de consumo do tabaco (anos)		
<20	1	11,1
21 – 30	4	44,4
>31	4	44,4
Subproduto consumido		
Cigarro	4	44,4
Cigarro de palha	0	0
Ambos	5	55,6
Carga tabágica consumida (maços x ano)* n=4		
<20	3	75
21-40	0	0
>41	1	25
Sinais de dependência química do tabaco		
SIM	9	100
NÃO	0	0
Informação quanto aos riscos do tabagismo		
SIM	9	100
NÃO	0	0
Modo de suspensão do tabagismo		
Abrupta	6	66,7
Redução	3	33,3
Percepção da dificuldade para alcançar a abstinência		
Fácil	4	44,4
Difícil	5	55,6
Uso de medicação visando à abstinência		
SIM	1	11,1
NÃO	8	88,9
Tempo de abstinência (anos)		
<5	6	66,7
6 – 10	2	22,2
>11	1	11,1

*A carga tabágica somente pode ser calculada para os indivíduos que consumiam apenas cigarro.

Qual foi a motivação para parar de fumar?

Sabe-se que a motivação é fundamental para que fumantes tomem o primeiro passo na decisão de parar de fumar.⁴ De acordo com os relatos dos entrevistados, a motivação para parar de fumar pode apresentar-se nas mais diversas formas; entretanto, foi possível observar nas entrevistas que a maioria parou de fumar ao perceber algum prejuízo à sua saúde. Pode-se compreender a complexidade desse processo pela análise das quatro ideias centrais (IC) presentes no Quadro 1.

Quadro 1. Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta: “Qual foi o motivo que fez você parar de fumar?”

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Sensação de prejuízo à saúde. Dilema. Limitação. Medo da morte.	“– <i>Eu comparava quem fumava e quem não fumava. É muita coisa ruim que acontece, tanta doença! [...] Chegou no final e eu não suportava mais [...] Eu fiquei seco, seco, seco... (magro) Vi que algo estava errado e pensei: vou morrer desse jeito! [...] E eu não podia mais fumar dentro de casa [...] E o médico dizia que tinha que parar senão não ia operar... Ele disse que eu tinha câncer.</i> ”

Foi possível também observar que os indivíduos estavam informados sobre os riscos relacionados ao consumo do tabaco e eram capazes de identificar os desfechos desfavoráveis. Entretanto, os entrevistados demonstraram que suas percepções de prejuízo à saúde nem sempre correspondiam aos reais prejuízos determinados pelas patologias tabaco-relacionadas. Nesse sentido, um dos entrevistados relatou que parou de fumar ao experimentar um episódio de pré-síncope por hipotensão, ao passo que outro o fez diante de um quadro de gastroenterite autolimitada, sendo ambas as situações corriqueiras e por vezes pouco valorizadas na atenção primária. Entretanto, a experiência mostra que é preciso estar atento, pois qualquer experiência negativa poderá servir de motivação para abandonar o consumo do cigarro. Da mesma forma, outras experiências de perda também podem servir como motivação para a busca pela abstinência do cigarro. Os sujeitos relataram que a vivência de um dilema os fez reconhecer que era chegado o momento de fazer uma escolha excludente: o primeiro percebeu que a cura para seu problema de saúde esbarrava na condição imposta por seu médico: parar de fumar. Já o segundo contou como a lei que proibiu o uso de cigarros em recinto coletivo restringiu sua liberdade ao impedi-lo de fumar em sua mercearia e, conseqüentemente, em casa. E ainda refletiu: “– *Se falaram tanto assim é porque está prejudicando muita gente, então eu vou parar!*”. Assim, o que inicialmente era uma medida de proteção do coletivo, sobrepondo-se à vontade do sujeito, transformou-se em alerta individual capaz de proteger inclusive a si próprio.

Por fim, estava presente o medo da morte, que é universal, independente de idade, sexo ou religião.⁹ Essa ideia pode ser percebida pelo DSC a seguir: “– *Chegou no final, eu vi que algo estava errado. Ele disse que eu tinha câncer e pensei: Vou morrer desse jeito!*” Além disso, viver a perda de um ente querido, durante esse processo reflexivo do abandono do tabagismo, mostra que a experiência da morte do outro também faz com que se pense sobre a finitude da vida e a possibilidade da própria morte. Pode-se observar explicitamente como os entrevistados estabeleceram uma relação de causa e efeito entre o cigarro e a morte: “– *Às vezes você vê os seus indo por causa do cigarro! Mas o pior foi com aquele que nem fumava, até me revoltei e pensava: Por que não fui eu?*” Entretanto, os entrevistados também fizeram da vivência da perda a significação para a vida, entendendo que era necessário abandonar o cigarro para seguir vivendo.

Quem ajudou quando a decisão foi parar de fumar?

Esperava-se encontrar outros sujeitos motivadores da decisão de parar de fumar, mas a opinião de amigos e familiares mostrou exercer apenas certa influência, sendo que, na grande maioria das vezes, os entrevistados optaram por percorrer uma trajetória solitária. Conforme o Quadro 2, dois traços de personalidade merecem destaque: primeiramente a ideia central (IC) da autossuficiência, identificada no trecho a seguir: “– *Simplesmente eles me ofereciam cigarro e eu dizia não quero, vou parar de fumar. E eles perguntavam por quê? O que aconteceu? E eu respondia: Coloquei na cabeça que eu não vou mais fumar!*”.

Quadro 2. Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta: “Alguma pessoa ajudou você nesse momento de decidir parar de fumar? Quem?”

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Autossuficiência. Insegurança.	“– <i>Não, só eu mesma! Decidi sozinha, resolvi e pronto. Eu fui fazendo essa terapia sozinha e não contei que eu ia parar de fumar até porque se contar é pior, ficam tirando a gente [...] Escolhi ficar em segredo porque as pessoas não acreditavam que eu ia conseguir.</i> ”

Dessa forma, esses indivíduos independentes, que tomaram suas próprias decisões sem necessidade da avaliação externa, permitiram-se dividir sua decisão com amigos e familiares, sem prejuízo da motivação. Em contrapartida, para outros, o medo da recaída e da cobrança externa fez com que transparecesse a segunda ideia central: a insegurança. Diante do temor de que poderiam recair e assim causar sofrimento a si e aos demais, esses preferiram esconder sua decisão até que sentissem maior confiança em si mesmos. Assim, cabe reconhecer que cada indivíduo é único, sendo necessário conhecê-lo para efetivamente orientá-lo na tentativa de se livrar da dependência. Afinal, é preciso entender por que uma pessoa age de certa maneira quando se pensa em fazer com que ela modifique seu comportamento.¹⁰

Quanto às opiniões externas, observou-se influência negativa quando se trata de amigos e vizinhos, pois, em geral, eles escolhem outros fumantes para compor seu círculo de amizades. Assim, ao saber da intenção de parar de fumar, essa rede lança seus discursos paradoxais: “– Quando infartei, a turma dizia: o que adiantou parar? Ou ainda, quando eu estava grávida: “– Deixe de ser boba! Tente fumar menos, mas não precisa parar, eu fumei nas duas gestações e não aconteceu nada”. O discurso anterior é rico de significados ao mostrar a orientação da futura madrinha da criança, figura geralmente escolhida pela mãe para ser protetora do bebê, reafirmando por meio de suas atitudes a manutenção do tabagismo na gestação.

Foi possível perceber nos discursos não apenas opiniões, mas também atitudes negativas: “– Eu me lembro do dia em que parei de fumar. Duas amigas, companheiras de ficar conversando e fumando, foram me visitar. Quando elas chegaram, eu não tinha cigarro. Então na hora de ir embora cada uma deixou dois cigarros para mim.” Assim, é possível perceber como pode ser difícil abandonar o tabagismo no convívio com outras pessoas que fumam e que no momento não estão dispostas a parar. Em contrapartida, alguns componentes dessa rede destacaram-se positivamente, como, por exemplo, uma referência religiosa: “– Minha pastora conversava muito! Quando eu recata, ela falava: calma, é assim mesmo! Tu vais parar e recair, até a hora que vais parar mesmo, só é preciso objetivo e atitude!” Cabe, assim, lançar um olhar para as figuras de liderança, buscando criar redes de apoio dentro da própria comunidade.

Qual o papel da família nesse processo?

De acordo com o Quadro 3, os familiares foram lembrados pelas ideias centrais que demonstraram incentivo, ajuda à reflexão, apoio e proteção para os momentos difíceis.

Quadro 3. Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta: “A opinião dos seus familiares ajudou você a parar de fumar?”

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Incentivo. Reflexão. Apoio. Proteção.	“– A falecida mãe foi quem primeiro me alertou! Mas minha esposa me incentivava, ela dizia que era para eu parar! Até trazia uns papéis que explicavam o que prejudicava! Meu filho dizia: não fume, isso é perigoso! Meu neto reclamava do cheiro e minha neta dizia: Pare de fumar, eu não quero que você morra! Mas quando a minha mãe soube que parei ela ficou super feliz! E quando comecei meu tratamento, meu filho me levava e me trazia, sempre me acompanhou, nunca pousei (pernoitei) no hospital. E os outros que fumavam até pararam de fumar perto de mim, porque o cheiro do cigarro, para o viciado, dá mais vontade de fumar.”

O apoio externo mostrou-se marcadamente relacionado à família. A grande maioria dos entrevistados teve sua iniciação no consumo do tabaco na companhia de seus familiares, mas muitos deles, ao se casarem, constituíram novo núcleo familiar e acabaram por abandonar o cigarro.

Segundo os entrevistados, houve incentivo familiar, embora nem sempre por meio de palavras carinhosas: “– Meu neto pedia muito para eu parar. Dizia: Eu não quero que você morra!” Também, por vezes, os discursos tinham um conteúdo bastante agressivo, mas importante ao período contemplativo.¹¹ Entretanto, alguns entrevistados refletiram que a fala de incentivo não conseguiu ser suficiente para a tomada de decisão: “Eles diziam: – Mãe, não fume, é perigoso! Tudo eles faziam, mas eu não dava bola! Eles falavam, mas aquilo não mexia comigo!” Essas falas reforçam que a motivação resultou de um processo individual de reflexão e ponderação.

Por outro lado, quando se referiram ao período de busca pela manutenção da abstinência após a sua tomada de decisão, algumas atitudes dos familiares passaram a ser lembradas como fonte de grande motivação: “– Quando a minha mãe soube, ficou super feliz!” Essa expressão da felicidade pela conquista, vinda da mãe, mostra aceitação, aprovação e dá forças para o enfrentamento da síndrome da abstinência. Da mesma forma, os sujeitos relataram a importância de se sentirem cuidados,

amparados por seus familiares nesse momento de fragilidade: “– *Meu filho, tadinho, me levava e me trazia, sempre, nunca pousei (pernoitei) no hospital.*” Por fim, valorizam as atitudes protetoras daqueles familiares tabagistas que souberam respeitar sua decisão: “–*E os que fumavam até pararam de fumar perto de mim. Porque o cheiro do cigarro, para o viciado, dá mais vontade de fumar.*”

As discordâncias entre os casais com relação ao tabagismo também apareceram como fonte geradora de motivação: “– *Meu esposo dizia: amor, você é tão linda. Não fume! Esse cheiro, que horror! Ele vinha todo malucão me dar carinho, mas eu sentia que ele fazia com sacrifício.*”

Houve também quem refletisse que a atitude de um pai é importante para a educação dos filhos: “– *No caso da minha irmã, os filhos dela fumam e ela nem pode dizer nada, porque ela não tem o exemplo para dar.*” Assim, ainda que seja possível imaginar que ocorressem conflitos nesse período, posteriormente a família foi lembrada com grande afetividade, diferentemente da relação de cobrança de vizinhos e amigos da qual os sujeitos lembravam-se.

Como o médico pode orientar a abstinência do cigarro?

De forma geral, observa-se no Quadro 4 que aqueles que contaram com o apoio do profissional reconheciam seu benefício, mas a maioria não via necessidade de procurar o médico para interromper o consumo do tabaco. Tal fato surpreende, pois, afinal, apenas um dos entrevistados havia alcançado a abstinência antes da instituição da política de Tratamento do Tabagismo.

Quadro 4. Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta: “Você procurou ajuda médica para parar de fumar? Em sua opinião, qual o papel do médico neste momento?”

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Orientação/recomendação. Incentivo.	“– <i>Todos diziam para parar, mas eu sempre pensava: Está difícil! Mas uma hora vou ter que largar o vício! Eles sempre diziam: Depende de você, você tem que querer e precisa pensar que vai fazer bem à sua saúde! Diziam: Tente e não desista! Derrotado é aquele que desiste, porque o cigarro é assim mesmo, são várias tentativas.</i> ”

A maioria dos indivíduos lembrou a figura do médico como orientador dos riscos e incentivador no processo de reflexão acerca dos prejuízos relacionados ao consumo do tabaco. Todavia, alguns trouxeram a orientação como irrelevante no processo motivacional: “–*Um médico até disse: o Sr. já tem enfisema pulmonar! Mas aquilo para mim, entrava aqui e saía lá [...] até pensei em procurar um médico algumas vezes, mas aí eu pensava: Ah, procurar para que? Bobeira, de onde que o cigarro mata, não mata! Na verdade, eu queria fumar e o médico não tinha nada a ver com isso.*” No entanto, parece haver diferença na forma da orientação: “–*Os outros médicos já haviam falado que eu tinha que parar, mas o Dr. ‘Fulano’ explicou direitinho como era para fazer. E quando ele disse que não podia mais por cigarro na boca, eu parei!*” Assim, ainda que a visão dos entrevistados quanto à figura do médico não tenha fugido do lugar comum, a seguir destacam-se alguns relatos importantes como forma de reflexão para o profissional de saúde. Uma entrevistada relatou: “– *Eu precisava operar o útero, tinha miomas e o doutor disse: não adianta operar você e você fumando! Nas várias consultas eu dizia que ia diminuir, ia parar, mas depois eu fumava. Até que ele insistiu. Tem que largar de mão! Dizia que se operasse e continuasse a fumar, não ia prestar! Então parei.*”

A conduta pode ser questionada nesse caso, considerando-se que não cabe ao médico desprezar a autonomia do paciente, salvo em caso de iminente risco de morte. Porém, considerando-se a possibilidade do viés da comunicação e uma vez que possa apenas ter havido a recomendação do profissional pela abstinência do tabaco, mesmo frente a uma patologia não diretamente relacionada com o hábito de fumar, admite-se essa conduta sob a ótica da janela de oportunidade.¹² Essa orientação propõe que sejam aproveitadas as consultas pré-operatórias de toda e qualquer cirurgia, inclusive aquelas que não sejam propriamente causadas pelo tabagismo, para orientar a abstinência do cigarro.¹²

Por outro lado, foram relatadas abordagens que demonstram desprezo ao princípio bioético da autonomia e descumprimento do código de ética médica, quando se negou tratamento disponível a um paciente em serviço de urgência, em virtude de seus preconceitos individuais: “–*Fui ao pronto socorro, por bronquite e falta de ar. O médico perguntou: o Sr. fuma? Eu disse que sim e mostrei a carteira de cigarros, foi então que ele pegou, jogou no lixo e disse: não vou lhe dar remédio sem o sr. parar com esse cigarro. E eu disse, muito bem doutor, não tem problema, se o sr. não vai me tratar eu vou procurar outro médico que vai me dar o remédio, mesmo eu fumando.*”

Por fim, os entrevistados contaram suas experiências negativas diante de uma avaliação clínica inadequada e mostraram como comprometeram sua confiança no profissional em questão: “– *E uma semana antes do infarto o médico me disse: Eu troco de coração com você! Você está nervoso, isso é problema dos nervos! Em seguida, infartei!*” Para outro: “– *Começou a doer a garganta e o ouvido. Ai eu consultei uns seis meses com esses médicos aqui, diziam que era uma alergia que eu tinha. Fui para Florianópolis e descobriram: era câncer*”. Dessa forma, há que se pensar se é possível a generalização quanto à figura do médico. Sabe-se que a relação médico-paciente é feita de momentos e do encontro de diferentes saberes, valores e expectativas. Talvez a questão não seja quem diz, mas como se diz; assim, o domínio das técnicas de abordagem, principalmente da entrevista motivacional, talvez possa ser um dos segredos para o sucesso da intervenção.¹⁰

Entrevistar indivíduos que fumaram ativamente por longos anos, tornando-se dependentes físicos da nicotina, e que mesmo assim lutaram com seus recursos para buscar a abstinência, foi fonte de grande aprendizado profissional. A reflexão mostra que os pressupostos estabelecidos pelo último consenso alcançaram apenas parte da realidade e que ainda há muito a ser postulado quando se pensa em mudar uma realidade tão complexa como a questão da dependência do tabaco. Acredita-se que haja a necessidade de se incluírem em pesquisas futuras o estudo das emoções, das vivências, do modo como as pessoas interpretam a informação e dos seus saberes populares para, assim, obter-se uma visão mais abrangente do que realmente importa no dia-a-dia dos envolvidos.¹³

Por outro lado, ainda que a motivação seja uma tensão ou força interior que leva cada indivíduo a agir espontaneamente rumo a determinada meta, é possível criar um ambiente favorável aos objetivos das pessoas.¹⁴ A partir deste estudo, pode-se pensar na criação de um ambiente no qual as pessoas sintam-se motivadas a abandonar o tabagismo, e, para isso, mostra-se necessário que todo o encontro seja momento para orientação. Assim, caberá ao profissional estar atento para não perder as “janelas de oportunidades”,¹² incentivando os fumantes a prestarem atenção na vivência da situação-limite e mostrar-se disponível para apoiá-los quando necessário. Além disso, é possível incentivar os familiares daqueles que fumam a aconselharem a abstinência, motivando quando necessário, e orientando-os a não manter uma atitude de cobrança nem de descrédito para com o fumante.

Conclusões

Aos profissionais de saúde, o presente estudo sugere que se adote uma postura acolhedora, usando como apoio a entrevista motivacional como forma de enfrentamento da problemática do tabagismo.¹⁵ Aos profissionais médicos, em especial, fica o alerta para a necessidade de se romper com a falsa segurança proporcionada pela prática prescritiva e de se aventurar na trajetória de buscar compreender seus pacientes, considerando suas motivações e histórias de vida, lembrando ainda que o cuidado com as palavras e a empatia são excelentes ferramentas de trabalho. O presente estudo mostrou que o processo de abandono do tabagismo é complexo e multifatorial e, portanto, exige observação atenta do profissional de saúde assim como sua habilidade de criar um ambiente capaz de motivar as pessoas para o cuidado de sua própria saúde.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer (BR); Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 199 p.
2. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer (BR). A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 76 p.
3. Ferreira SAL, Teixeira CC, Corrêa APA, Lucena AF, Echer IC. Motivos que contribuem para indivíduos de uma escola de nível superior tornarem-se ou não tabagistas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):287-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200011>
4. Borges MTT, Simões-Barbosa RH. Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. *Cad Saúde Pública.* 2008 Dec;24(12):2834-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200012>
5. Tabaco [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Escola Paulista de Medicina (EPM), Departamento de Psicobiologia, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas e Psicotrópicos (CEBRID); c2006 [acesso em 2013 Jan 17]. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/tabaco_.htm
6. Echer IC, Barreto SSM. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. *Rev Latino Am de Enfermagem.* 2008;16(3): 445-451. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000300018>
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: ABDRE; 2003.

8. Figueiredo MZA, Chiari BM, Goulart BNG. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. *Distúrb Comun, São Paulo*. 2013 [acesso em 2013 Jan 17];25(1):129-136. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931/11139>
9. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992. 214 p.
10. Dias RB, Alves L. Estratégias comportamentais e de motivação aplicadas em intervenções de modificação de hábitos de vida com repercussões para a saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, editors. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 546-552.
11. Oliveira MS, Laranjeira R, Araujo RB, Camilo RL, Schneider DD. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicol Reflex Crít*. 2003;16(2):265-270. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000200006>
12. Pamplona P. Fumador internado? – A intervenção apropriada. *Rev Port Pneumol*. 2007;13(6):801-826.
13. Levites MR. Estudos qualitativos em Medicina de Família: Um Recurso Educacional. In: *Princípios da Medicina de Família e Comunidade*. São Paulo: SOBRAMFA; 2003. p. 237-266.
14. Bergamini CW. *Motivação*. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1989.
15. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2009. 221p.