

Mudança do Comportamento de Fumar em Participantes de Grupos de Tabagismo¹

Karla Cristina Martins²
Eliane Maria Fleury Seidl
Universidade de Brasília

RESUMO - Este estudo descritivo-exploratório buscou identificar características do comportamento tabagista e fatores associados à sua mudança. Participaram 63 pessoas, de 30 a 73 anos ($M=49,63$), egressas de grupos de tabagismo. A coleta de dados incluiu roteiro de entrevista semi-estruturado e escalas validadas para a população brasileira. Procedeu-se às análises estatística e de conteúdo. Trinta e seis pessoas não estavam fumando (57,1%). Fumantes e não fumantes não se diferenciaram quanto às variáveis sociodemográficas; ansiedade, depressão e tempo de uso de tabaco na vida foram as variáveis que mais se aproximaram da significância estatística, atingindo valores limítrofes. O conhecimento de fatores envolvidos no tabagismo e sua cessação podem ser úteis às ações de apoio à mudança comportamental do fumante.

Palavras-chave: tabagismo; abandono do uso de tabaco; ansiedade; depressão.

Change in Smoking Behavior of Participants in Tobacco Cessation Groups

ABSTRACT - This exploratory and descriptive study attempted to identify characteristics of smokers' behavior and the factors associated to its change. Sixty-three persons from 30 to 73 years ($M=49,63$) who left a tobacco cessation group participated in the study. The data collection included a semi-structured interview and validated scales for the Brazilian population. Both statistical and content analyses were realized. Thirty six of the participants were not smoking (57.1%). There was no difference between smokers and non smokers in relation to sociodemographic variables; anxiety, depression and time of tobacco use during life were variables that came closer to statistical significance. The awareness of factors involved in smoking and its cessation can be useful to support actions to change smoking behavior.

Keywords: smoking; cessation of tobacco use; anxiety; depression.

O tabagismo é um fenômeno complexo e multifacetado. Historicamente usado em rituais religiosos e com fins terapêuticos (Henningfield, 1988), o tabaco teve seu consumo vertiginosamente expandido em função da produção industrial e das sofisticadas estratégias de *marketing* de grandes companhias transnacionais de cigarro. Por meio de recursos bastante sutis, a publicidade veiculada pelas indústrias tabageiras associou o fumar a luxo, sucesso, conquista, velocidade, emoção, juventude, dinheiro e até mesmo saúde, atingindo maciçamente grupos como adolescentes, mulheres, faixas economicamente mais pobres etc. Assim, no século XX, o tabagismo passou a ser visto como um estilo de vida, um comportamento social aceitável e charmoso, o que fez a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerá-lo uma doença transmissível pela publicidade (OMS, 2001).

Estudos apontam que 90% dos fumantes iniciaram seu consumo antes dos dezenove anos de idade (Brasil, 2001),

sendo que nos países em desenvolvimento a maior proporção de jovens inicia-se no tabagismo em torno dos doze anos (Brasil, 2004b). Corroborando esses achados, Jha e Chaloupka (2000) afirmam que as pessoas que conseguem evitar o uso de cigarro na adolescência ou nos primeiros anos de vida adulta, provavelmente não chegarão a ser fumantes algum dia.

Diversas pesquisas com adolescentes no Brasil reiteram o exposto, mostrando que os principais aspectos favorecedores do início do consumo de cigarro entre os jovens são a curiosidade pelo produto, a imitação do comportamento do adulto – sobretudo dos pais –, a necessidade de auto-afirmação e o encorajamento proporcionado pela propaganda (Guimarães, Godinho, Cruz, Kappann & Tosta Junior, 2004; Silva, Silva & Botelho, 2008).

A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, um bilhão e duzentos milhões de pessoas sejam fumantes (OMS, 2001). O total de mortes devido ao uso de tabaco chegou a 4,9 milhões de indivíduos ao ano, o que corresponde a mais de dez mil por dia; dessas mortes, 200 mil ocorrem no Brasil, anualmente. Alerta, também, que se as tendências de expansão do seu consumo se mantiverem, esses números poderão chegar a dez milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade entre indivíduos em idade produtiva, de 35 a 69 anos (Jha & Chaloupka, 2000; OMS, 2001). Em relatório recente, a OMS reconheceu o

1 Trabalho originado da dissertação de mestrado “Eu queria, mas não conseguia”: aspectos relacionados à mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. Apoio: Pesquisa realizada com o apoio institucional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e com o auxílio das alunas de graduação do curso de Psicologia da UnB Ana Maria Freitas e Laura dos Anjos.

2 Endereço para correspondência: Karla Cristina Martins. Q17, Bloco E, Ap. 301, Guará I, Brasília, DF, CEP: 71020-056. E-mail: karlacrism@yahoo.com.br

tabagismo como uma das maiores ameaças à saúde pública na contemporaneidade (OMS, 2008).

Como parte importante do enfrentamento internacional às questões relacionadas ao tabagismo, 192 Estados Membros da OMS elaboraram um tratado denominado Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, que entrou em vigência em 2006. Seu objetivo principal é preservar as gerações, presentes e futuras, das conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas do consumo e da exposição à fumaça do tabaco. O Brasil teve participação ativa no processo de elaboração e de negociação deste documento e, embora tenha sido o segundo país a assinar a convenção em 2003, foi o 100º a ratificá-la no ano de 2005 (Brasil, 2004a).

Quanto à prevalência do uso de tabaco na América Latina, tem-se percebido que entre os homens a redução tem sido notável, embora ainda representem a maioria dos fumantes; mulheres e adolescentes, por outro lado, vêm mostrando maior consumo de cigarro com o passar dos anos, ou seja, têm apresentado maior incidência (Menezes, 2006). No Brasil, de acordo com o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, o índice de cessação de uso de tabaco ficou em torno de 50% em todas as capitais pesquisadas (Brasil, 2004a), superior ao de outros países (nos Estados Unidos, por exemplo, é de 40%). Todavia, esse índice apresentou-se menos expressivo entre indivíduos com menor escolaridade ou de nível social mais baixo.

Atualmente, verifica-se que a maioria das pessoas admite que o cigarro seja prejudicial à saúde, mas poucos conhecem a extensão dos seus malefícios e, mesmo se a conhecem, uma proporção substancial continua fumando, apesar dos esforços individuais e coletivos para o controle do tabagismo nas últimas décadas (Chatkin, 2006). Ademais, alguns autores têm destacado que a tolerabilidade social ao uso de cigarro ainda é alta, provavelmente por se tratar de uma droga lícita, cujos efeitos deletérios, na maioria dos casos, demorarão muito para aparecer (Niel, 2008).

Uma doença denominada tabagismo

Em 1988, a comunidade científica mundial reconheceu o tabagismo como uma dependência química (U. S. Surgeon General, 1988) e, em 1997, a OMS o classificou no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, incluindo-o na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10, sob o código F17.2 (OMS, 1997). Dessa forma, o tabagismo adquire o duplo status: de doença epidêmica propriamente dita e de fator de risco para cerca de 50 doenças diferentes, notabilizando-se as cardiovasculares, o câncer e as respiratórias obstrutivas crônicas (Rosemberg, 2002).

A nicotina é considerada uma droga psicoativa que exerce efeito estimulante no sistema nervoso central, o que tem evidenciado a dependência nicotínica como a principal explicação para a persistência do comportamento tabagista e para a dificuldade de sua mudança (Rosas & Baptista, 2002). Na base dessa dependência tem-se identificado uma composição tríplex: dependência física, diretamente relacionada aos sintomas da síndrome de abstinência quando se

deixa de fumar; dependência psicológica, identificável na sensação de ter no cigarro um apoio ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão, frustração, com as pressões sociais etc.; e condicionamento, representado por associações habituais com o fumar, por exemplo: fumar e tomar café, fumar e dirigir, fumar e consumir bebidas alcoólicas, fumar após as refeições (Brasil, 2001; Gigliotti, Carneiro & Ferreira, 2001).

Estudos recentes identificaram associação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos (Malbergier & Oliveira Jr., 2005; Rondina, Gorayeb & Botelho, 2004). A *American Psychiatry Association* reconhece que os transtornos de humor, de ansiedade e outros relacionados a substâncias podem ser mais comuns em indivíduos que fumam do que nos ex-fumantes e naqueles que jamais fumaram (APA, 2002). Por outro lado, Rondina e cols. (2004) sugerem a predisposição simultânea ao tabagismo e a determinados quadros psicopatológicos em decorrência de variáveis de natureza genética e neurobiológica.

Gigliotti, Carneiro e Ferreira (2001) destacam que cerca de um terço dos tabagistas apresenta sintomas de ansiedade e depressão. Existem ainda evidências de que a influência entre tabagismo e depressão seja recíproca. Assim, alguns fumantes deprimidos podem usar o tabaco para aliviar seus sentimentos negativos, enquanto que esse comportamento seria reforçado positivamente face à ação da nicotina; diante da cessação do uso do tabaco, estariam mais propensos a desenvolverem novo episódio depressivo, aumentando seu risco de recaída (Rondina & cols., 2004).

Embora menos estabelecida na literatura do que a relação com a depressão, os estudos epidemiológicos e clínicos têm demonstrado uma associação positiva entre tabagismo e ansiedade, contudo a natureza dessa influência parece variar conforme o tipo desse transtorno (Calheiros, 2007).

Em contrapartida, existem pesquisas que não sustentam uma associação importante entre estas condições psiquiátricas e o consumo de cigarro, como a de Lopes e cols. (2002) e a de Munaretti e Terra (2007). Lopes e cols., por exemplo, realizaram um estudo com 277 pacientes do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro diagnosticados com transtorno de ansiedade, depressão ou transtornos coexistentes (ansiedade e depressão), a fim de verificar a prevalência de fumantes. Compararam os resultados com um grupo controle de 68 pessoas e não encontraram diferenças significativas quanto à ocorrência de tabagismo nessas categorias diagnósticas nos dois grupos pesquisados.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo

Desde 1989, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), desenvolve o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, envolvendo ações nas áreas de saúde, educação, legislação e economia. De modo descentralizado, em parceria com os estados e municípios, são capacitados recursos humanos das secretarias estaduais de saúde e de educação, que por sua vez capacitam equipes municipais para desenvolverem atividades de gerenciamento operacional e técnico do Programa.

No subprograma denominado “cessação do tabagismo” tem-se o módulo “ajudando seu paciente a deixar de fumar”, que é dividido em duas estratégias: abordagem mínima e abordagem intensiva. A mínima consiste em uma breve ação estruturada a ser realizada na rotina de atendimento dos profissionais de saúde, com duração de três a cinco minutos, visando à mudança de comportamento do fumante. A abordagem intensiva é realizada em sessões periódicas estruturadas (quatro semanais e outras sessões de manutenção), preferencialmente em grupo de apoio. O enfoque cognitivo-comportamental constitui o principal aporte teórico dessa abordagem, combinando intervenções cognitivas com treinamento em habilidades comportamentais. Em ambas as abordagens, os fumantes que apresentarem um alto grau de dependência física à nicotina podem receber apoio medicamentoso (Brasil, 2001).

O presente estudo, de caráter exploratório, teve como objetivo geral investigar a ocorrência de mudança do comportamento de fumar, e fatores sociodemográficos e da conduta tabagista associados a esse processo, em pessoas que participaram de intervenções grupais do subprograma “cessação do tabagismo” em unidades públicas de saúde do Distrito Federal. Os objetivos específicos foram: descrever o comportamento de fumar anterior à intervenção, segundo relato dos participantes; identificar a frequência de egressos dos grupos que estavam abstinentes ou mantinham o comportamento de fumar, mediante auto-relato; levantar os motivos que levaram à procura do tratamento, bem como as expectativas sobre resultados da participação no grupo; avaliar a ocorrência de ansiedade e de depressão nos participantes e possíveis associações com a manutenção ou mudança do comportamento de fumar.

Método

A pesquisa teve característica descritivo-exploratória, com corte transversal e amostra de conveniência, retrospectiva quanto à obtenção de algumas informações e, complementarmente, documental. Foram utilizadas técnicas quantitativas e qualitativas de coleta e análise de dados.

Participantes

Compuseram a amostra 63 pessoas que tinham participado de intervenção em grupo para o tratamento do tabagismo, há no mínimo seis e no máximo doze meses, em uma das quatro unidades públicas de saúde do DF escolhidas para o estudo dentre as que possuíam ambulatório de tabagismo. Foram critérios de inclusão dos participantes: ter mais de dezoito anos, possuir no mínimo a terceira série do ensino fundamental e ter comparecido a três ou mais encontros do grupo de intervenção. Como os dados da pesquisa foram coletados em 2008, tomou-se por referência o ano de 2007 para a obtenção de informações junto à coordenação do programa de controle do tabagismo no DF sobre o total de pacientes atendidos em grupos, que foi igual a 3.896 pessoas. Assim, a dimensão amostral foi equivalente a 1,62% desse universo de pacientes.

A amostra de conveniência foi composta de 22 homens e 41 mulheres, com idades entre 30 e 73 anos ($M=49,63$; $DP=10,24$), egressos dos grupos há no mínimo seis e no máximo doze meses. O tempo médio decorrido desde a intervenção grupal foi de 9,06 meses ($DP=1,83$), sendo que a maior concentração foi de pessoas que haviam participado do tratamento há 11 meses ($n=16$). Os níveis de escolaridade tiveram maior concentração na categoria ensino médio completo ($n=28$; 44,4%). Quanto à renda familiar, encontrou-se que 39,7% ($n=25$) tinham renda de até cinco salários-mínimos (SM) e a maioria, renda superior a cinco SM ($n=38$; 60,3%). No que se refere à situação conjugal, prevaleceram pessoas casadas ou em união consensual ($n=36$; 57,1%). A religião católica foi significativamente a de maior prevalência, com 46 participantes ou 73% da amostra. No que tange à situação ocupacional dos participantes, a amostra apresentou-se bastante heterogênea, a maioria, no entanto, tinha emprego fixo e ninguém se declarou na condição de desempregado.

Os critérios de inclusão das unidades de onde se selecionou os participantes foram: estar registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde e tempo de funcionamento das atividades do ambulatório de tabagismo superior a três anos, a fim de minimizar a variabilidade na aplicação do método de trabalho da equipe. Das 35 unidades elegíveis, decidiu-se incluir quatro, uma representatividade maior que 10% deste universo no DF. Cuidou-se também para que houvesse uma lógica na distribuição geográfica das unidades – duas do Plano Piloto e duas de cidades-satélites diferentes.

Instrumentos

Roteiro de entrevista semi-estruturado, com 21 questões, elaborado para essa pesquisa a partir de temas relevantes apontados na literatura. Para a presente publicação, que é parte de um estudo maior, foram explorados os resultados de nove questões do roteiro, em consonância com os objetivos desse artigo, focalizando os seguintes aspectos: a) o início do comportamento de fumar (idade e principais influências); b) motivos para a busca do tratamento, expectativas acerca da participação no grupo e tentativas de mudança anteriores; c) uso ou não-uso de tabaco à época da entrevista e outros aspectos relativos à mudança comportamental, como ocorrência de lapsos e/ou recaídas.

Inventário Beck de Ansiedade (BAI), uma escala sintomática, composta de 21 itens, que mede a gravidade dos sintomas de ansiedade (α de Cronbach=0,92).

Inventário Beck de Depressão (BDI) que mensura a intensidade dos sinais de depressão (α de Cronbach=0,86 em amostras psiquiátricas e 0,81, em amostras não-psiquiátricas). Ambos os inventários foram validados para a população brasileira por Cunha (2001).

Em caráter complementar, foram realizadas análises documentais por meio dos seguintes instrumentos preenchidos pelos pacientes quando da participação nos grupos. O primeiro é a ficha clínica do ambulatório de tabagismo, padronizada para o uso nas unidades públicas de saúde do DF. Contempla, além da identificação do paciente, dados objetivos sobre o

comportamento de fumar, condições gerais de saúde e um campo para observações e registros da equipe de saúde. Tendo em vista a diversidade na qualidade dos registros e freqüentes omissões de dados, também a atualização de algumas informações por meio da aplicação dos instrumentos da pesquisa, foram consideradas para caracterização da amostra e análise os seguintes dados: religião, efeitos-gatilhos, data da primeira sessão grupal.

O segundo é o Questionário de Dependência Nicotínica de Fargerström (QDNF), desenvolvido por Karl-Olov Fargerström no final da década de 1970 e readaptado pelo autor e colaboradores em 1991, buscando-se maior consistência interna relacionada a índices bioquímicos do tabagismo – níveis de monóxido de carbono no ar expirado e níveis séricos, urinários ou na saliva de nicotina e de seu metabólito, cotinina (Halty, Hüttner, Netto, Santos & Martins, 2002). Consiste em seis questões objetivas sobre o padrão de fumar que possibilita a classificação da dependência à nicotina nos níveis: muito baixo (0 a 2 pontos), baixo (3 a 4 pontos), moderado (5 pontos), elevado (6 a 7 pontos) e muito elevado (8 a 10 pontos). No Brasil, foi validado por Carmo e Pueyo (2002) a partir de uma amostra de 441 fumantes adultos (18 a 80 anos), de ambos os sexos (57% mulheres); quanto às qualidades psicométricas, obtiveram-se α de Cronbach=0,64 e confiabilidade teste-reteste com intervalo de seis semanas igual a 0,91.

Procedimento de coleta de dados

Antes da coleta de dados, foram realizadas ações preliminares, como a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do DF e um estudo piloto, com sete pessoas, que contribuiu para a adequação do roteiro de entrevista e do procedimento adotado para o levantamento das informações.

O convite para a participação na pesquisa foi feito por telefone, respeitando-se a seqüência em que os nomes estavam dispostos nas listas fornecidas pelas equipes de saúde. A coleta de dados foi presencial e individual, na unidade onde a pessoa tinha participado do grupo. Após a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, procedeu-se à aplicação dos instrumentos na seqüência: BAI, BDI e entrevista, sendo que o registro escrito das respostas foi feito pela pesquisadora. A gravação em áudio incluiu, com a anuência do participante, o período total de aplicação dos instrumentos, permitindo que os comentários relevantes ao tema fossem transcritos e considerados para análise, junto ao conteúdo da entrevista.

Análise dos dados

Os participantes do estudo foram identificados pela representação alfanumérica P1, P2, P3 até P63. Os dados quantitativos foram organizados e analisados a partir do *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 11.5, utilizando-se distribuição de freqüência e estatística descritiva, além do teste Qui-quadrado e do coeficiente de correlação de Pearson. O material obtido nas entrevistas foi

avaliado mediante análise de conteúdo categorial, com triangulação de analistas, sendo que a fidedignidade encontrada foi superior a 70%.

Resultados

Conforme disposto na Tabela 1, a maioria dos participantes ($n=36$; 57,1%) se encontrava em abstinência à época da coleta de dados. A representatividade das unidades de saúde (onde a pessoa freqüentou os grupos) para a composição total da amostra foi bastante uniforme. Quanto à idade com que os respondentes começaram a fumar, a amplitude foi de 7 a 27 anos. Nota-se que a segunda década de vida concentrou 84,1% ($n=53$) das ocorrências de início do comportamento de fumar, com média de 15,78 anos ($DP=3,99$), tendo sido mínima a diferença entre as médias dessa variável para os homens ($M=15,76$; $DP=3,40$) e para as mulheres ($M=15,79$; $DP=4,30$). Todavia, houve diferença na classe modal de iniciação. Para o sexo feminino, maior incidência de 11 a 15 anos (52,38%) e para o sexo masculino, dos 16 aos 20 anos (42,86%).

O tempo de uso de tabaco na vida chegou a 60 anos na amostra ($M=33,86$ anos; $DP=11,03$) e, embora exista histórico de tentativas de cessação do tabagismo anterior à participação no tratamento ($M=1,89$ tentativas; $DP=2,96$), nenhuma pessoa apresentou menos de quatorze anos de uso de tabaco. Dezesete pessoas (27%) declararam que tinha sido a primeira vez que tentavam mudar esse comportamento e, dentre estas, foram obtidos relatos como “*Eu pensava assim ‘Hoje eu vou parar de fumar’. Mas, era o dia que eu mais fumava. Eu não tinha força de vontade*” (P35, fem., 55 anos).

Quando solicitados a descrever sobre suas primeiras experiências de consumo de cigarro, 26 pessoas referiram influência de pares ou colegas, tendo sido a categoria mais freqüente, seguida da influência de familiares, com vinte ocorrências. Evidenciou-se, a partir dos relatos, que a participação de familiares permeou outras categorias como contato com cigarro por demanda de terceiros (dez registros), pois na maioria dos casos eram os pais e avós que mandavam os participantes, ainda crianças, acenderem cigarro e entregar-lhes, o que favoreceu a iniciação do tabagismo para essas pessoas. Outros tipos de respostas encontradas foram: percepção do fumar como algo bonito/chique, curiosidade/brincadeira e necessidade de pertencimento/auto-afirmação, respectivamente, com 17, 6 e 5 citações.

Dentre os principais motivos que levaram os participantes a decisão de procurar ajuda profissional com vistas à mudança do comportamento de fumar, encontrou-se a categoria prejuízo à própria saúde e/ou prevenção (34 registros) e, de acordo com os relatos, tanto na perspectiva da prevenção primária quanto secundária. A categoria pedido/reclamação de pessoas significativas teve dezesete ocorrências; em sua própria denominação encontra-se uma ambivalência expressa repetidamente, na qual apoio e cobrança se confundem na percepção dos respondentes, como pode ser ilustrado pela fala: “*O incentivo do meu marido foi o principal motivo que me levou a tomar a decisão de parar de fumar. Ele dizia ‘Isso faz mal, isso é fedorento’.*” (P16, fem., 57 anos).

Tabela 1. Características do comportamento tabagista dos participantes e aspectos relacionados ao tratamento (N= 63).

Características		n	%
Comportamento de fumar a época da entrevista	Não fumando	36	57,1
	Fumando	27	42,9
Unidade de saúde onde participou do grupo	Unidade 1	16	25,4
	Unidade 2	16	25,4
	Unidade 3	17	27,0
	Unidade 4	14	22,2
Idade com que começou a fumar (anos)	5 a 10	4	6,4
	11 a 15	30	47,6
	16 a 20	23	36,5
	21 a 25	4	6,4
	26 a 30	2	3,2
Tempo de uso de tabaco	Entre 10 e 24 anos	16	25,4
	Entre 25 e 39 anos	28	44,4
	40 anos ou mais	19	30,2
Nível de dependência à nicotina (QDNF)	Muito baixo	4	6,3
	Baixo	9	14,3
	Médio	10	15,9
	Elevado	16	25,4
	Muito elevado	24	38,1
Objetivo ao início do tratamento	Parar o uso de cigarros	60	95,2
	Reduzir o uso de cigarros	0	0
	Manter mudança	2	3,2
	Não informou	1	1,6
Expectativa sobre o alcance do objetivo, ao início do tratamento (de 0 a 10)*	Até 5 pontos	21	33,3
	Maior que 5 pontos	41	65,1
	Não informou	1	1,6
Tempo decorrido entre a participação no grupo e na pesquisa (em meses)	6 a 7	16	25,4
	8 a 9	19	30,2
	10 a 11	24	38,1
	12	4	6,3

* Nota: 0=expectativa muito baixa; 10=expectativa muito alta

Ao início do tratamento, o número médio de cigarros/dia para a amostra foi de 24,54 ($DP=16,78$) e, quanto ao nível de dependência nicotínica avaliado pelo QDNF, obteve-se média de 6,38 pontos ($DP=2,28$): 20% da amostra ($n=13$) apresentaram níveis muito baixo e baixo, sendo que os níveis elevado e muito elevado totalizaram 64% ($n=40$). Acrescenta-se que ao entrar no grupo, o objetivo parar de fumar foi quase unânime: 60 pessoas (95,2%) o afirmaram (Tabela 1). Por outro lado, no que tange à expectativa quanto ao alcance do objetivo, seis pessoas atribuíram nota zero, indicando expectativa muito baixa à sua crença de que atingiriam a meta a que se

propunham e 22 assinalaram nota dez ($M=6,94$ e $DP=3,31$); 65,1% ($n=41$) pontuaram entre seis e dez.

Outro aspecto que caracteriza o comportamento de fumar são os condicionamentos ou automatismos. Diante dessa consideração, foram levantados, a partir das fichas clínicas preenchidas no primeiro dia de grupo, os efeitos-gatilho reconhecidos pelos participantes como eliciadores do seu comportamento de acender o cigarro. Foram mencionadas em maior frequência as situações de nervosismo ($n=47$), ansiedade ($n=46$), após consumir café ($n=46$) e após as refeições ($n=43$).

Dentre os 27 participantes que estavam fumando à época da entrevista, 23 disseram que chegaram a parar durante o tratamento, sendo que um deles ficou abstinente por menos de uma semana e a maioria ($n=16$), por até três meses. A média de cigarros fumados diariamente no início da participação nos grupos, considerando apenas estas 27 pessoas, foi de 26,15 cigarros ($DP=17,44$), variando de 3 a 80 e, quando da coleta de dados (6 a 12 meses depois), a média foi de 17,70 cigarros ($DP=10,11$) e a quantidade máxima foi 50. Estes dados indicam mudança no comportamento de fumar, representada pela redução de 32,3% no consumo médio diário.

A estas pessoas, que representavam 42,9% da amostra, foi perguntado o que as teria levado a voltar ao uso de cigarro. Da análise das verbalizações resultaram nove categorias, no entanto, três sobressaíram: a) problemas relacionados à família (sete ocorrências), b) problemas relacionados ao trabalho ou ao dia-a-dia e c) contingências favorecedoras do comportamento de fumar (cerveja, barzinho, amigos, parada para o almoço), ambas com seis relatos. Destaca-se, nessa questão, que os termos nervosismo e ansiedade permearam os relatos de diferentes categorias.

Quanto à ocorrência de lapso ou recaída desde a participação na intervenção grupal, dos 36 participantes que não fumavam quando da realização da pesquisa, 28 afirmaram não ter vivenciado essas situações. No que se refere à possibilidade de voltar a fumar, para este subgrupo, levantou-se, a partir

da análise de conteúdo as categorias: a) nada poderia levar ao lapso ou à recaída; b) problemas relacionados à família; c) problemas relacionados ao trabalho ou ao dia-a-dia e d) contingências favorecedoras do comportamento de fumar. O relato a seguir ilustra a categoria 'b': "(...)Por exemplo, eu adoro minha mãe, se acontecer algo grave com ela, se eu não estiver preparado, acho que eu voltaria (a fumar), sim." (P14, masc. 32 anos).

O grupo apresentou, predominantemente, níveis mínimo e leve tanto para ansiedade (79,4%) quanto para depressão (84,1%). O escore médio do BAI foi igual a 12,1 ($DP=10,85$) e do BDI foi de 11,6 ($DP=9,81$). Para se avaliar a associação entre essas duas condições utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, obtendo-se 0,41 ($p<0,01$).

Associação entre as condições fumando e não fumando com outras variáveis do estudo

Aplicando-se o teste Qui-quadrado ($p\leq 0,05$), não foi obtida significância estatística nas variáveis sociodemográficas analisadas, ou seja, a condição de estar ou não fumando não se diferenciou segundo o sexo, faixa etária, escolaridade, renda familiar ou situação conjugal na amostra estudada (Tabela 2).

Conforme apresentado na Tabela 3, dentre as variáveis analisadas, três alcançaram valores limítrofes quanto

Tabela 2. Associação entre as condições *fumando* e *não fumando* à época da entrevista e variáveis sociodemográficas ($N=63$).

Variáveis	Fumando		Não fumando		Total		χ^2
	(n=27)		(n=36)		(N=63)		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo (df=1)							
Masculino	7	31,8	15	68,2	22	100	1,68
Feminino	20	48,8	21	51,2	41	100	
Faixa etária (df=1)							
Até 49 anos	11	34,4	21	65,6	32	100	1,91
50 anos ou mais	16	51,6	15	48,4	31	100	
Escolaridade (df=1)							
Até ens. médio incompleto	11	52,4	10	47,6	21	100	1,17
Ens. médio completo ou mais	16	38,1	26	61,9	42	100	
Renda familiar (df=2)							
Até dois SM	6	46,2	7	53,8	13	100	0,56
Três até cinco SM	4	33,3	8	66,6	12	100	
Mais de cinco SM	17	44,7	21	55,3	38	100	
Situação conjugal (df=1)							
Casado/a ou união consensual	14	38,9	22	61,1	36	100	0,54
Solt., divorc., separ., viúvo/a	13	48,1	14	51,9	27	100	

* $p = 0,05$

à significância estatística: tempo de uso de tabaco na vida ($\chi^2= 4,7$; $p=0,095$), escore de depressão ($\chi^2= 3,11$; $p=0,078$) e de ansiedade ($\chi^2= 3,11$; $p=0,078$). Os dados mostraram que as pessoas que consumiram tabaco por 40 anos ou mais estavam em maior frequência no grupo de fumantes quando a pesquisa foi realizada, indicando mais

dificuldade em mudar o comportamento de fumar. No que se refere à depressão e à ansiedade, pôde-se perceber alguma propensão das pessoas com níveis leves, moderados ou graves a continuarem fumando, ao passo que as que apresentaram nível mínimo interromperam o uso de tabaco em maior frequência.

Tabela 3. Associação entre as condições *fumando* e *não fumando* à época da entrevista e variáveis do tratamento e do comportamento de fumar ($N=63$)

Variáveis	Fumando		Não fumando		Total		χ^2
	(n=27)		(n=36)		(N=63)		
	n	%	n	%	n	%	
Unidade de Saúde (df=3)							
Unidade 1	8	57,1	6	42,9	14	100	1,76
Unidade 2	6	35,3	11	64,7	17	100	
Unidade 3	7	43,8	9	56,3	16	100	
Unidade 4	6	37,5	10	62,5	16	100	
Tempo de uso de tabaco (df=2)							
Entre 10 e 24 anos	6	37,5	10	62,5	16	100	4,70*
Entre 25 e 39 anos	9	32,1	19	67,9	28	100	
40 anos ou mais	12	63,2	7	36,8	19	100	
Nível de dependência à nicotina - QDNF (df=2)							
Baixo e muito baixo	5	38,5	8	61,5	13	100	2,55
Moderado	3	30,0	7	70,0	10	100	
Elevado e muito elevado	19	47,5	21	52,5	40	100	
Tentativas de parar de fumar anteriores ao tratamento (df=2)							
Nenhuma	6	35,3	11	64,7	17	100	0,77
Uma	9	50,0	9	50,0	18	100	
Duas ou mais	9	42,9	12	57,1	21	100	
Expectativa sobre o alcance do objetivo, ao início do tratamento** (df=1)							
Até cinco	7	33,3	14	66,6	21	100	1,35
Seis ou mais	20	48,8	21	51,2	41	100	
Escore de Ansiedade (df=1)							
Até 10	12	33,3	24	66,7	36	100	3,11***
11 ou mais	15	55,6	12	44,4	27	100	
Escore de Depressão (df=1)							
Até 11	12	33,3	24	66,7	36	100	3,11***
12 ou mais	15	55,6	12	44,4	27	100	

* $p = 0,095$ ** 0=expectativa muito baixa; 10=expectativa muito alta *** $p = 0,078$

Discussão

É possível que a proporção encontrada na amostra em relação à variável sexo – quase o dobro de mulheres em relação ao número de homens –, seja semelhante à da população de pacientes que procuraram o tratamento para a cessação do tabagismo nas unidades públicas de saúde do DF, e essa distribuição é compatível com os achados de Santos, Gonçalves, Leitão Filho e Jardim (2008). Esses autores atribuem tais resultados a aspectos como maior prevalência de depressão no sexo feminino, estresse relacionado à dupla jornada de trabalho, dificuldade na manutenção do peso nas tentativas de cessação do tabagismo, ou mesmo menor relutância das mulheres em admitir dificuldades no cuidado à saúde e em solicitar ajuda especializada. Todavia, dentre os homens que procuraram o tratamento e participaram da presente pesquisa, pôde-se identificar uma propensão um pouco maior ao abandono do uso de cigarro, 68,2% contra 51,2% de mulheres.

Embora a avaliação das intervenções realizadas nos ambulatorios de tabagismo de onde a amostra foi recrutada não tenha sido alvo desse estudo, é importante ressaltar que o percentual de participantes que não estava fumando (57,1%) foi um resultado positivo e satisfatório. Tal afirmação baseia-se no fato de que o Ministério da Saúde toma por referência de efetividade de um programa de cessação do tabagismo taxas de abandono do uso de cigarro iguais ou superiores a 30%, após 12 meses (Brasil, 2004c). Reconhece-se, entretanto, que foram investigadas situações que distavam de seis a doze meses do início do tratamento e que a mudança do comportamento de fumar pode apresentar períodos de remissões e recidivas, como quaisquer outras doenças crônicas e dependências químicas. Assim, o resultado é interessante, mas deve ser visto com parcimônia pelo caráter dinâmico desse indicador ao longo do tempo.

A literatura tem apresentado que, dentre as variáveis sociodemográficas, a escolaridade e o nível socioeconômico são relevantes ao estudo do tabagismo, numa associação direta e negativa com o parar de fumar. No presente estudo, a caracterização da maioria da amostra com padrões médio e alto de escolaridade e renda pode ter influenciado os níveis de abstinência e de mudança comportamental observados. Iglesias, Jha, Pinto, Silva e Godinho (2008) apontam que a prevalência do tabagismo é de uma vez e meia a duas vezes maior entre aqueles que possuem pouca ou nenhuma educação formal, em comparação com os que possuem mais anos de escolaridade.

A idade média de iniciação do uso de cigarro – 15,8 anos –, esteve muito próxima à média do país, 15 anos (Brasil, 2004a) e a identificada por Santos e cols. (2008), igual a 15,6 anos. Ademais, houve relatos de início muito precoce, aos sete anos de idade, o que ratifica o status do tabagismo como “doença pediátrica” (Brasil, 2004a). Esse dado reafirma a necessidade de medidas educativas que modifiquem tal tendência, notadamente por meio de ações intersectoriais. O relato de um participante que demonstrou preocupação ao presenciar seus filhos, ainda crianças, simulando o ato de fumar, reitera esse posicionamento.

A despeito das frequentes publicações sobre a influência das ações de *marketing* veiculadas pelas indústrias do tabaco (Silva, Silva & Botelho, 2008; WHO, 2001), nesta pesquisa a categoria modismo/influência da mídia foi pouco mencionada. Três possíveis explicações para essa ocorrência podem

ser pontuadas: a) eventuais vieses de memória, tendo em vista a obtenção de dados retrospectivos, relacionados a fatos ocorridos a não menos de dez anos para os respondentes; b) o caráter subliminar e subjetivo dessas ações; c) a interface do conteúdo dessa categoria com outras tais como percepção do fumar como algo bonito/chique, influência de pares/colegas e necessidade de pertencimento/auto-afirmação, que foram mais mencionadas. As alternativas b e c encontram respaldo na publicação de Cavalcante (2009).

A dimensão de aceitabilidade social do tabagismo foi verificada por Calsavara e Fontanella (2007) e categorizada pelos autores sob a designação de “normalidade sociocultural e familiar do ato de fumar tabaco”. No presente estudo, a participante identificada como P7 (41 anos) sintetizou de forma simples e clara esse fenômeno de mudança paradigmática, quando afirmou: “*Engraçado, né... O que me fez fumar foi a (necessidade de) inclusão e o que me levou a querer parar foi a exclusão*”. O relato sugere menor aceitabilidade desse comportamento nos tempos atuais.

Conforme apresentado na seção Resultados, o tempo de uso de tabaco na vida foi uma das variáveis que esteve mais perto de alcançar significância estatística. Nesse contexto, a informação de que o tempo mínimo de consumo de cigarro até o início do tratamento foi de 14 anos poderia se relacionar a, pelo menos, dois aspectos: a) a decisão de mudar o comportamento tabagista tem sido relativamente tardia, talvez porque as consequências à saúde e outras desvantagens comecem a se evidenciar após anos de uso – segundo a OMS, as mortes relacionadas ao tabagismo concentram-se em torno de 30 a 50 anos depois da iniciação (WHO, 2001); b) o sucesso em parar de fumar não tem sido prolongado – o processo de cessação do tabagismo, como de outros comportamentos adictivos geralmente é perpassado por lapsos e recaídas (Figlie, 2004).

Considerando-se o relato dos participantes, o número médio de tentativas de parar de fumar anteriores ao tratamento foi menor que a média de quatro a cinco tentativas apontada em outras publicações, como, por exemplo, em Benowitz (1999). Contudo, a respeito da possibilidade de lapsos e recaídas após tentativas de cessação, é interessante observar que as três categorias mais mencionadas pelos respondentes que voltaram a fumar foram identificadas também na fala dos que estavam abstinentes à época da coleta de dados, o que permite inferir que o risco de não manutenção da mudança comportamental ainda seja iminente para algumas dessas pessoas.

Os níveis elevado e muito elevado de dependência, que alcançaram quase dois terços dos participantes, foram consonantes com o nível de dependência prevalente no estudo de Rosas e Baptista (2002), que atingiu 72% da amostra, também mensurado pelo QDNF. O número de cigarros fumados ao dia, com média de 24,54 cigarros/dia quando do início do tratamento, é coerente com a maioria dos trabalhos que tem identificado um consumo igual ou superior a vinte unidades fumadas diariamente. No que tange à redução verificada no consumo médio diário de cigarro pelas pessoas que estavam fumando à época da entrevista, Cavalcante (2009) alerta que não existem níveis seguros para o consumo de cigarro, pois mesmo entre fumantes que consomem de um a nove cigarros/dia, a incidência do câncer de pulmão é, em média, seis vezes maior do que entre não fumantes.

Neste estudo, assim como nos de Munaretti e Terra (2007) e Lopes e cols. (2002), não foram encontradas associações estatisticamente significativas dos níveis de ansiedade e de depressão e a mudança do comportamento de fumar. Pode-se inferir que a forma de recrutamento da amostra de conveniência do presente estudo tenha minimizado as chances de inclusão de pessoas com sintomas depressivos graves, não sendo esperado que estas apresentassem disponibilidade em participar voluntariamente da pesquisa, tampouco em comparecer à unidade de saúde especificamente para esse fim. Ainda assim, a depressão, juntamente com a ansiedade, foi uma das variáveis que mais se aproximaram da significância estatística quanto a estar fumando ou não.

Parece que a mudança paradigmática quanto à aceitação social do tabagismo — hoje amplamente percebido como algo indesejável —, tem exercido algum nível de influência no que se refere à aceitação social do tabagista. Ora, a doença deve ser prevenida, o fator de risco abordado, o comportamento modificado, mas a pessoa que fuma deve ser encorajada a mudar e apoiada no enfrentamento das dificuldades que encontra nesse processo de mudança. Assim, acredita-se que, na medida em que o tabagismo for reconhecido socialmente como doença crônica e que os fatores envolvidos no consumo de cigarro e sua cessação forem mais conhecidos, as concepções estigmatizantes possam ceder lugar a uma perspectiva de cuidado e apoio.

Dentre as limitações metodológicas da pesquisa, teve-se a possibilidade de vieses de memória decorrentes do caráter retrospectivo da maioria dos dados coletados, bem como os auto-relatos, passíveis de tendenciosidade, além do que a única forma de averiguação de algumas informações foi a confrontação com os registros da ficha clínica. Outra limitação se referiu ao caráter de conveniência da amostra, aspecto que recomenda parcimônia e contra-indica a generalização desses resultados para outros contextos.

O caráter exploratório do estudo permite que diferentes ênfases sejam estabelecidas para pesquisas futuras. Assim, cada dimensão abordada, tais como iniciação do tabagismo, influências sobre a decisão de mudar o comportamento de fumar, ansiedade e depressão poderiam ser investigados em profundidade, no Distrito Federal e em outras localidades do país.

Hipotetiza-se ainda que resultados poderão ser mais conclusivos quanto às associações entre as diferentes variáveis e o parar de fumar se um número mais expressivo de participantes for considerado, aumentando-se a variabilidade amostral. Sugere-se ainda a realização de pesquisas com delineamento longitudinal, que poderiam ser mais sensíveis a questões como, por exemplo, a natureza das relações que têm sido apontadas entre transtornos mentais, principalmente a depressão e o tabagismo.

Quanto à ansiedade, reconhece-se que o instrumento utilizado (BAI) não é apto a distinguir nuances dessa variável e, considerando que a literatura tem apontado para a influência do tipo de ansiedade sobre o consumo de cigarro, poderá ser de grande utilidade teórica e clínica que estudos futuros considerem os diferentes quadros dessa psicopatologia. Nesse sentido, a contribuição desse trabalho encontra-se na confirmação da tendência geral de associação entre ansiedade e tabagismo.

Referências

- American Psychiatry Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR*. (C. Dornelles, Trad.). (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Benowitz, N. L. (1999). Nicotine addiction. *Primary Care*, 26, 611-631.
- Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância (2001). *Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer. (2004a) *A ratificação da convenção-quadro para o controle do tabaco pelo Brasil: Mitos e verdades*. Rio de Janeiro: INCA.
- Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância (2004b). *Prevalência de tabagismo no Brasil: Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras*. Retirado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. (2004c). *Portaria Nº 442/04 de 13 de agosto de 2004. Aprova o plano para implantação da abordagem e tratamento do tabagismo no SUS e dá outras providências*. Retirado de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2004/pt-442.htm>
- Calheiros, P. R. V. (2007). *Avaliação da efetividade do tratamento da dependência de nicotina*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Calsavara, T. V. S., & Fontanella, B. J. B. (2007). Uso de tabaco iniciado na infância: relatos de adultos em tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(4), 252-259.
- Carmo, J. T., & Pueyo, A. A. (2002). A adaptação do português do Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Revista Brasileira de Medicina*, 59, 73-80.
- Cavalcante, T. M. (2009). O Programa de Controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Retirado de <http://www.inca.gov.br/tabagismo>
- Chatkin, J. M. (2006). A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(6), 573-579.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Figlie, N. B. (2004). *Motivação para tratamento do alcoolismo*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Gigliotti, A., Carneiro, E., & Ferreira, M. (2001). Tratamento do tabagismo. Em B. Rangé (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 351-371). Porto Alegre: Artmed.
- Guimarães, J. L., Godinho, P. H., Cruz, R., Kappann, J. I., & Tosta Junior, L. A. (2004). Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 130-132.
- Halty, L. S., Hüttner, M. D., Netto, I. C. O., Santos, V. A., & Martins, G. (2002). Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström como instrumento de medida da dependência nicotínica. *Jornal de Pneumologia*, 28(4), 180-186.
- Henningfield, J. E. (1988). *Tudo sobre drogas: Nicotina*. São Paulo: Nova Cultural.

- Iglesias, R., Jha, P., Pinto, M., Silva, V. L. C., & Godinho, J. (2008). Documento de discussão – saúde, nutrição e população (HNP). Controle do tabagismo no Brasil: Resumo executivo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 17(4), 301-304.
- Jha, P., & Chaloupka, F. J. (2000). *A epidemia do tabagismo: Os governos e os aspectos econômicos do controle do tabaco*. Washington: Publicação Banco Mundial.
- Lopes, F. L., Nascimento, I., Zin, W. A., Valença, A. M., Mezzasalma, M. A., Figueira, I., & Nardi, A. E. (2002). Smoking and psychiatric disorders: A comorbidity survey. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 35, 961-967.
- Malbergier, A., & Oliveira Jr., H. P. (2005). Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(5), 276-282.
- Menezes, A. M. B. (Ed.) (2006). *PLATINO: Projeto Latino-Americano de Investigação em Obstrução Pulmonar*. Retirado de <http://www.platino-alat.org>
- Munaretti, C. L., & Terra, M. B. (2007). Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 108-115.
- Niel, M. (2008). Redução de danos para drogas fumadas. Em M. Niel & D. X. Silveira (Eds.), *Drogas e redução de danos: Uma cartilha para profissionais de saúde* (pp. 47-51). São Paulo: Imprensa Oficial.
- Organização Mundial da Saúde (2008). *Sumário executivo: Relatório da Organização Mundial da Saúde sobre a epidemia global de tabagismo – Pacote MPOWE*. Retirado de <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes>
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Confronting the tobacco epidemic in an era of trade liberalization*. Geneva: WHO.
- Organização Mundial da Saúde (1997). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Referência Rápida*. Porto Alegre: Artmed.
- Rondina, R. C., Gorayeb, R., & Botelho, C. (2004). *A dinâmica psicológica do tabagismo: O papel de características de personalidade, psicopatologia, fatores genéticos e neurobiológicos no comportamento de fumar tabaco*. Cuiabá: Entrelinhas.
- Rosas, M., & Baptista, F. (2002). Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. *Análise Psicológica*, 1(20), 45-56.
- Rosemberg, J. (2002). *Pandemia do tabagismo: Enfoques históricos e atuais*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Centro de Vigilância Epidemiológica.
- Santos, S. R., Gonçalves, M. S., Leitão Filho, R. S. S., & Jardim, J. R. (2008). Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(9), 695-701.
- Silva, M. P., Silva, R. M. V. G., & Botelho, C. J. (2008). Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(11), 927-935.
- U. S. Surgeon General. (1988). *The Health Consequences of Smoking Nicotine Addiction*. Rockville (USA). Retirado de <http://profiles.nlm.nih.gov>

Recebido em 03.04.2009

Primeira decisão editorial em 15.12.2009

Versão final em 31.01.2010

Aceito em 29.12.2010 ■

IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE STRESS

Local: Campinas - SP

Período: 31 de março a 2 de abril de 2011