

## Relação entre religiosidade e cessação do tabagismo entre usuários da Estratégia Saúde da Família\*

Larissa Rodrigues Mattos<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8033-2667>

Angela Maria Mendes Abreu<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7894-4242>

Luciana Fernandes Portela<sup>1,3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-8961-468X>

Márcia Peixoto César<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-3667-7764>

Louise Anne Reis da Paixão<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-2021-9953>

Rafael Tavares Jomar<sup>5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4101-7138>

**Objetivo:** explorar a relação entre a religiosidade e a cessação do tabagismo entre usuários da Estratégia Saúde da Família.

**Método:** estudo longitudinal realizado com participantes do Programa de Tratamento do Tabagismo de duas unidades básicas de saúde. A religiosidade (exposição) foi avaliada segundo o Índice de Religiosidade da Universidade de Duke e descrita segundo idade, raça, renda familiar, situação conjugal e escolaridade. A cessação do tabagismo (desfecho) foi a interrupção do tabagismo por pelo menos seis meses. As análises bivariadas se basearam no teste qui-quadrado de Pearson e no teste não paramétrico de Mann-Whitney.

**Resultados:** sexo, idade e situação conjugal relacionaram-se com a religiosidade, porém a religiosidade não se mostrou relacionada à cessação do tabagismo. **Conclusão:** a maioria dos tabagistas apresentou predominância no envolvimento religioso, especialmente mulheres, indivíduos mais velhos e que vivem com parceiro, o que mostra que esse poder ser um aspecto importante de apoio durante o tratamento para a cessação do tabagismo.

**Descritores:** Religião; Estratégia Saúde da Família; Abandono do Uso de Tabaco; Tabagismo.

\* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Associação entre a religiosidade e a cessação do tabagismo em usuários atendidos pela Estratégia Saúde da Família", apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal Do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

<sup>3</sup> Bolsista de Pós-doutorado do Laboratório de Pesquisa Clínica em Doença de Chagas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>4</sup> Centro Universitário São José, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>5</sup> Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Assistência, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

### Como citar este artigo

Mattos LR, Abreu AMM, Portela LF, César MP, Paixão LAR, Jomar RT. Relationship between religiosity and smoking cessation among users of the Family Health Strategy. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2022 abr.-jun.;18(2):50-59. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2022.178885>

## Relationship between religiosity and smoking cessation among users of the Family Health Strategy

**Objective:** to explore the relationship between religiosity and smoking cessation among users of the Family Health Strategy. **Method:** a longitudinal study carried out with participants of the Smoking Treatment Program of two basic health units. Religiosity (exposure) was assessed according to the Duke University Religiosity Index and described according to age, race, family income, marital status and schooling. Smoking cessation (outcome) was quitting smoking for at least six months. The bivariate analyses were based on Pearson's chi-square test and on Mann-Whitney's non-parametric test. **Results:** gender, age and marital status were related to religiosity, but religiosity was not related to smoking cessation. **Conclusion:** most of the smokers presented predominance of religious involvement, especially women, older individuals and those living with a partner, which shows that this can be an important aspect of support during treatment for smoking cessation.

**Descriptors:** Religion; Family Health Strategy; Tobacco Use Cessation; Tobacco Use Disorder.

## Religiosidad y abandono del tabaquismo en usuarios del plan Estrategia de Salud de la Familia

**Objetivo:** explorar la relación entre religiosidad y abandono del tabaquismo entre usuarios del plan Estrategia Salud de la Familia. **Método:** estudio longitudinal realizado con participantes del Programa de Tratamiento del Tabaquismo de dos unidades básicas de salud. La religiosidad (exposición) se evaluó de acuerdo con el Índice de Religiosidad de la Universidad de Duke y se describió según la edad, raza, ingresos familiares, estado civil y educación. El abandono del tabaquismo (resultado) consistió en la interrupción del tabaquismo durante al menos seis meses. Los análisis bivariados se basaron en la prueba de chi-cuadrado de Pearson y en la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. **Resultados:** el sexo, la edad y el estado civil se relacionaron con la religiosidad, pero la religiosidad no se relacionó con el abandono del tabaquismo. **Conclusión:** en la mayoría de los fumadores predominó la participación religiosa, especialmente en mujeres, personas mayores y que viven en pareja, lo que demuestra que este puede ser un aspecto importante de apoyo durante el tratamiento para el abandono del tabaquismo.

**Descriptores:** Religión; Estrategia de Salud Familiar; Cese del Uso del Tabaco; Tabaquismo.

## Introdução

O tabagismo é um grave problema para a saúde pública mundial, uma das principais causas de morte, doenças e empobrecimento, responsável por grande custo econômico e social, em especial, devido à maioria (80%) dos seus consumidores residir em países de baixa ou média renda<sup>(1)</sup>. Embora tenha havido redução no uso de tabaco em grande parte dos países e regiões, o crescimento demográfico reflete ainda um grande número de tabagistas no mundo<sup>(1)</sup>.

No contexto brasileiro, o enfrentamento ao tabagismo mostra-se com uma política de grande sucesso com destaque internacional<sup>(2)</sup>, pois é um dos únicos países no mundo a ter conseguido elaborar e aplicar de forma efetiva políticas de controle do tabagismo preconizadas por tratados internacionais. É notório que ao longo dos últimos anos, com todas as medidas adotadas para o enfrentamento ao uso do tabaco, milhões de vidas foram salvas, porém, essa problemática está distante de um fim<sup>(1)</sup>.

O III Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas no país apontou que 17,3% da população brasileira consumiu algum produto de tabaco nos 12 meses precedentes à pesquisa<sup>(3)</sup>. Estima-se que no Brasil, o consumo de tabaco tenha sido responsável no ano de 2011, por 147.072 óbitos, 2,69 milhões anos de vida perdidos, 75.663 acidentes vasculares cerebrais, 157.126 infartos agudos do miocárdio e 63.753 diagnósticos de câncer, e tenha representado um custo de R\$23,37 bilhões para o sistema de saúde<sup>(4)</sup>.

As disparidades entre saúde e status socioeconômico ainda representam um desafio para os gestores no sentido de aumentar o impacto populacional das ações de controle do tabaco no mundo<sup>(5)</sup>. A tendência de diminuição da prevalência de fumantes entre pessoas com maior escolaridade e maior poder aquisitivo, mostra a importância de tratar o tabagismo sob a perspectiva de um problema que reflete as desigualdades sociais e afeta a população mais pobre<sup>(6-7)</sup>. O valor gasto com o tabaco causa impactos relevantes no orçamento doméstico, visto que poderia ser utilizado para atender outras necessidades mais urgentes na unidade familiar<sup>(8)</sup>.

Atualmente, a OMS destaca que uma das principais estratégias a serem adotadas diz respeito a oferecer ajuda para a cessação do hábito de fumar<sup>(1)</sup>. Embora cerca de 80% dos fumantes desejem parar de fumar, apenas cerca de 3% ao ano conseguem sem ajuda, o que evidencia a importância da promoção de estratégias e meios de incentivo que estimulem a cessação do tabagismo<sup>(9)</sup>. Sabe-se que o Programa de Tratamento do Tabagismo tem um ótimo desempenho em termos de custo por tabagista que deixa de fumar, pois especialmente levando-se em conta a carga de doenças relacionadas ao tabaco, o tratamento para cessação do hábito de fumar deve ser

uma medida prioritária no planejamento dos recursos de saúde<sup>(10)</sup>.

No Brasil, preconiza-se que o cuidado à pessoa tabagista seja realizado na unidade básica de saúde, no território em que o indivíduo habita, onde pressupõe-se uma relação de vínculo com os profissionais que o atendem, por isso, maior sucesso terapêutico, ao abordar o indivíduo de forma integral, aspecto relevante, já que o processo de abandono do tabagismo mostra-se como algo complexo e multifatorial, que ainda não é bem compreendido<sup>(11)</sup>.

Nessa perspectiva, algumas abordagens têm se destacado no sentido de apontarem para a importância dos aspectos da religiosidade no tabagismo, como auxiliar para a superação das barreiras implicadas na cessação<sup>(12-14)</sup>. A religiosidade pode aparecer relacionada à saúde, principalmente sob três perspectivas: como estratégia de enfrentamento, fonte de suporte social e modificador comportamental<sup>(15)</sup>.

A religiosidade pode relacionar-se ao tabagismo, através da perspectiva de que pessoas que frequentam regularmente atividades religiosas ou que têm como fontes de conforto a espiritualidade e a presença de um ser ou energia superior, são mais saudáveis e apresentam maiores potenciais de cura, pois a fé beneficiaria a saúde, uma vez que ajuda as pessoas a evitarem hábitos não saudáveis<sup>(16)</sup>. Além disso, o simples ato de rezar pode provocar alívio das tensões, desviando o pensamento dos problemas e aflições<sup>(17)</sup>.

Outra relação importante da religião é como apoio complementar ao tratamento, através do acolhimento, criação de vínculos e apoio social. A igreja pode constituir-se em ambiente promissor para nova rede de amizades<sup>(18)</sup>. Pensar sobre o efeito positivo da religiosidade poderá favorecer um novo olhar sobre a motivação dos indivíduos, pois a mesma promove atitudes conservadoras em relação ao uso de drogas e melhor adesão às regras estabelecidas, além de suscitar níveis elevados de bem-estar, autoeficiência, autorrespeito ao corpo e à mente<sup>(19)</sup>.

Entretanto, existe uma lacuna nesse conhecimento, pois poucos são os estudos que abordam as características da religiosidade da população tabagista na atenção básica, o que pode ter potencial para a elaboração de intervenções mais completas e íntegras para a abordagem do fumante e seu melhor cuidado. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo explorar a relação entre a religiosidade e a cessação do tabagismo entre usuários atendidos pela Estratégia Saúde da Família.

## Método

Tratou-se de um estudo longitudinal, quantitativo, que utilizou dados de dois diferentes momentos da vida do participante. O primeiro momento referia-se às informações coletadas no ato de sua entrada no programa

de tratamento do tabagismo das unidades e o segundo às entrevistas realizadas durante as visitas domiciliares ou nas unidades de saúde, onde verificou-se a exposição prévia à religiosidade.

O estudo foi realizado em duas unidades de atenção primária do município do Rio de Janeiro que apresentavam o território coberto por equipes da Estratégia Saúde da Família e possuíam o Programa de Tratamento do Tabagismo estruturado há pelo menos cinco anos. As unidades abrangiam em grande parte da sua área territórios com grande vulnerabilidade social e localizavam-se nos bairros de Ramos e Tijuca.

O Programa de Tratamento do Tabagismo estrutura-se através de intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, que visam a cessação e a prevenção de recaída. Acontece por meio de sessões periódicas, preferencialmente em grupos de apoio, mas pode também ser realizada individualmente. Ao iniciar a abordagem cognitivo-comportamental, realiza-se uma consulta de avaliação clínica do fumante com o intuito de elaborar um plano de tratamento, onde o profissional deve avaliar aspectos como: a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina, se há indicação e/ou contra-indicação de uso do apoio medicamentoso, existência de comorbidades psiquiátricas e colher sua história clínica<sup>(11)</sup>.

Foram considerados elegíveis todos os usuários tabagistas cadastrados para participação no grupo dentro do Programa de Tratamento do Tabagismo das unidades estudadas, entrevistados com base no roteiro preconizado pelo Instituto Nacional do Câncer, entre os anos de 2011 e 2015. Do total de 496 usuários cadastrados no Programa de Tratamento do Tabagismo, 395 não foram encontrados após três tentativas de contato, um recusou-se a participar e, portanto, 100 usuários compuseram a amostra não probabilística deste estudo, sendo que todos eles haviam realizado a primeira entrevista para o ingresso no programa há mais de seis meses e não possuíam comprometimento cognitivo.

A coleta de dados aconteceu de junho a dezembro de 2016 e foi dividida em duas etapas: coleta de dados secundários e entrevistas face a face. A captação dos dados secundários se baseou na "Anamnese Clínica para o Tratamento do Tabagismo", instrumento elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer. Já o instrumento utilizado na entrevista face-a-face incluiu a versão da Escala de Religiosidade da Duke (DUREL) traduzida e adaptada para o português<sup>(20)</sup> e composta por três dimensões da religiosidade que são avaliadas separadamente, a saber: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI) consideradas, no presente estudo, como as exposições de interesse.

As variáveis de exposição foram categorizadas em "alta" (categoria de referência) e "baixa religiosidade"

(categoria de exposição), tendo como pontos de corte o valor 3 para a religiosidade organizacional e não organizacional e 7,5 para a religiosidade intrínseca<sup>(21)</sup>. O desfecho de interesse foi a cessação do tabagismo, adotado nesse estudo como ter parado de fumar em algum momento por pelo menos seis meses. Além disso, também foram utilizadas as variáveis: idade, raça, renda familiar, situação conjugal e escolaridade.

A descrição da amostra se baseou em estatísticas descritivas como frequências simples e valores percentuais. As análises bivariadas se basearam no teste qui-quadrado de Pearson e no teste não paramétrico de Mann-Whitney, considerando-se  $p < 0,05$ . Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM-SPSS, 19.0).

O presente estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) sob o nº 1.515.331.

## Resultados

O grupo investigado foi composto, majoritariamente, por pessoas do sexo feminino (74%), brancas (52,0%) e solteiras (67,7%). A média de idade era de 51,7 anos (DP=11,6) e 51,3% tinham renda familiar superior a dois salários mínimos.

A Tabela 1 mostra que a maioria dos participantes era católica (40%) e apenas 11% referiu não ter religião. Da amostra, 16% nunca frequentavam algum templo religioso (religiosidade organizacional) e 8% relataram nunca dedicar o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações e leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos (religiosidade intrínseca). Sobre a religiosidade intrínseca, 89% responderam que a presença de Deus é totalmente verdade em suas vidas, 57% consideram totalmente verdade que suas crenças religiosas estão por trás de toda sua maneira de viver e 48% referem ser totalmente verdade que se esforçam muito para viver a sua religião em todos os aspectos da vida.

Tabela 1 - Características da religiosidade da amostra. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016 (n = 100)

Características estudadas	%
Religião declarada	
Catolicismo	40
Protestantismo	26
Afro-brasileiras	13
Espiritismo Kardecista	6
Outros	4
Não tem religião	11

(continua na próxima página...)

Características estudadas	%	Características estudadas	%
Religiosidade organizacional		As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.	
Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?		1. Totalmente verdade para mim	57
1. Mais do que uma vez por semana	11	2. Em geral é verdade	21
2. Uma vez por semana	26	3. Não estou certo	12
3. Duas a três vezes por mês	20	4. Em geral não é verdade	5
4. Algumas vezes por ano	18	5. Não é verdade	4
5. Uma vez por ano ou menos	9	Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.	
6. Nunca	16	1. Totalmente verdade para mim	48
Religiosidade não organizacional		2. Em geral é verdade	33
Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?		3. Não estou certo	6
1. Mais do que uma vez ao dia	40	4. Em geral não é verdade	3
2. Diariamente	41	5. Não é verdade	9
3. Duas ou mais vezes por semana	4		
4. Uma vez por semana	3		
5. Poucas vezes por mês	4		
6. Raramente ou nunca	8		
Religiosidade intrínseca			
Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).			
1. Totalmente verdade para mim	89		
2. Em geral é verdade	6		
3. Não estou certo	2		
4. Em geral não é verdade	0		
5. Não é verdade	2		

Na Tabela 2, identifica-se que participantes com idade a partir de 52 anos apresentaram maior proporção de alta religiosidade organizacional ( $p = 0,023$ ). Sobre a religiosidade não organizacional, indivíduos com menor renda apresentaram maior proporção de alta religiosidade ( $p = 0,009$ ). Quanto à religiosidade intrínseca, foi observado que pessoas com mais de 52 anos ( $p = 0,019$ ), assim como o sexo feminino ( $p = 0,009$ ) e aqueles que vivem com parceiro ( $p = 0,015$ ), mostraram maior proporção de alta religiosidade.

Tabela 2 – Relação entre variáveis sociodemográficas e religiosidade na amostra. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016 (n = 100)

Características estudadas	Religiosidade organizacional		Religiosidade não organizacional		Religiosidade intrínseca	
	Alta religiosidade n (%)	p valor	Alta religiosidade n (%)	p valor	Alta religiosidade n (%)	p valor
Idade						
A partir de 52 anos	33 (68,8)	0,023	42 (87,5)	0,882	45 (93,8)	0,019
Até 52 anos	24 (46,2)		46 (88,5)		40 (76,9)	
Raça						
Branco	28 (54,9)	0,641	44 (86,3)	0,414	43 (84,3)	0,462
Não brancos	28 (59,6)		43 (91,5)		42 (89,4)	
Renda familiar						
Mais de 2 salários mínimos	24 (61,5)	0,853	32 (82,1)	0,030	33 (84,6)	0,157
Até dois salários mínimos	22 (59,5)		36 (97,3)		35 (94,6)	

(continua na próxima página...)

Características estudadas	Religiosidade organizacional		Religiosidade não organizacional		Religiosidade intrínseca	
	Alta religiosidade n (%)	p valor	Alta religiosidade n (%)	p valor	Alta religiosidade n (%)	p valor
Sexo						
Masculino	13 (50,0)	0,402	22 (84,6)	0,537	18 (69,2)	0,009
Feminino	44 (59,5)		66 (89,2)		67 (90,5)	
Situação conjugal						
Vive com parceiro	19 (61,3)	0,685	28 (90,3)	0,870	23 (74,2)	0,015
Não vive com parceiro	37 (56,9)		58 (89,2)		60 (92,3)	
Escolaridade						
Ensino superior	11 (64,7)	0,671	15 (88,2)	0,091	15 (88,2)	0,857
Ensino médio completo	17 (56,7)		24 (80,0)		25 (83,3)	
Ensino fundamental incompleto	27(57,4)		45(95,7)		41(87,2)	

Na Tabela 3 não foi observada relação entre as dimensões da religiosidade e a cessação do tabagismo.

Tabela 3 – Relação entre variáveis relacionadas à religiosidade e cessação do tabagismo e abstinência continuada em meses. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016 (n = 100)

Características estudadas	Desfechos			
	Cessação do tabagismo		Abstinência continuada	
	n (%)	p* valor	Média (±DP)	p† valor
Religiosidade organizacional				
Alta	16 (28,1)	0,379	7,5 (12,30)	0,207
Baixa	10 (23,3)		6,7 (13,49)	
Religiosidade não organizacional				
Alta	22 (25,0)	0,504	7,3 (13,37)	0,439
Baixa	4 (33,3)		5,8 (7,08)	
Religiosidade intrínseca				
Alta	23 (27,1)	0,566	7,5 (13,21)	0,881
Baixa	3 (20,0)		5,53 (10,10)	

\*p valor = Teste Qui-Quadrado de Pearson; †p valor = Teste U de Mann-Whitney

## Discussão

Na população estudada, apenas uma pequena parcela declarou não ter nenhuma religião, a maioria declarou-se como católica ou protestante, dados que assemelham-se ao Censo 2010 e outros estudos realizados<sup>(22-24)</sup>. É importante destacar sobre a afiliação religiosa, que uma pessoa pode se considerar católica, porém em ocasiões mais sociais do que em rituais religiosos vivenciados. Especialmente no Brasil observa-se que as pessoas se

consideram católicas como uma denominação ampla, mas frequentam centros espíritas, candomblé e os outros cultos simultaneamente. Portanto, os dados da frequência religiosa ou afiliação religiosa devem ser interpretados cautelosamente.

A relação neste estudo entre o sexo feminino e a idade mais avançada, com maior religiosidade, é reforçada pelos resultados encontrados em outros estudos<sup>(25-26)</sup>. No processo de envelhecimento, a religião surge como uma importante estratégia de enfrentamento, principalmente

no caso das pessoas idosas. Além disso, praticar uma religião fornece amparo no entendimento sobre a vida após a morte e sobre o propósito da vida e contribui para a saúde física e mental dos idosos. A prática religiosa também ajuda na diminuição da ansiedade, aumenta a esperança e auxilia na compreensão do significado da existência<sup>(17)</sup>.

Outro estudo, que teve como objetivo estimar a prevalência e o tipo de uso de tabaco entre idosos, verificou pela análise de regressão logística que a religiosidade associou-se de forma independente como fator de proteção para o tabagismo<sup>(27)</sup>. Neste estudo, a renda, o nível educacional, a ocupação e o estado civil não apresentaram relações consistentes com a religiosidade, porém, outros estudos mostram que as mesmas podem ter relação. Indivíduos com menor renda apresentaram maiores proporções de alta religiosidade em geral, o que pode estar relacionado com uma maior busca de superação dos problemas econômicos através de atividades religiosas individuais, como orações, preces e leituras de textos religiosos<sup>(17)</sup>. O simples ato de rezar provoca alívio das tensões, desviando o pensamento dos problemas e aflições<sup>(17)</sup>. Outro estudo identificou que quanto menor o número de anos estudados, maior eram os níveis de religiosidade apresentados<sup>(26)</sup>.

A religiosidade vem tomando corpo no campo da saúde como suporte ao enfrentamento de várias situações e adversidades. Durante muito tempo, aspectos religiosos da vida humana foram desconsiderados por profissionais de saúde mental, inclusive muitas vezes sendo considerados patológicos, principalmente quando relacionados a pacientes psiquiátricos. Porém, os estudos atuais demonstram que a religiosidade tem sido fator de grande importância na vida humana possuindo associação positiva com boa saúde mental<sup>(28)</sup>.

Um nível mais alto de religiosidade pode servir como fator preventivo para o consumo de drogas lícitas, ilícitas, bem como também ser capaz de atuar para menores índices de suicídios, vícios para drogas lícitas e ilícitas, comportamentos violentos, psicopatologias e outros<sup>(29)</sup>. Ter religiosidade é apresentado como fator de proteção ao tabagismo em um estudo realizado com 977 estudantes em Bushehr, sul do Irã, em 2016, onde foi evidenciado que pontuações mais altas de crenças religiosas entre os estudantes diminuíram as chances de associação a fumantes passivos, moderados e intensos<sup>(29)</sup>. Inclusive a aderência a instituições religiosas pela família pode atuar como fator de prevenção ao uso de drogas mesmo em contextos de adversidade social, onde há exposição ao tráfico e à violência<sup>(30)</sup>.

Não foi encontrada neste estudo significância estatística entre as variáveis preditoras e o desfecho, o que podemos atribuir ao número reduzido de participantes, uma vez que muitos não foram encontrados para a

investigação da exposição, além da homogeneidade da população estudada em relação à religiosidade. Entretanto, em vários estudos<sup>(31-32)</sup> a religiosidade é discutida como um aspecto importante nas ações de prevenção e cessação do tabagismo e esta apresentou-se de forma predominante entre a população estudada.

A religiosidade em um estudo de coorte que examinou a influência das múltiplas dimensões do envolvimento religioso (frequência religiosa, importância religiosa, importância espiritual, conforto religioso/espiritual e tomada de decisão) nas mudanças de comportamento em relação ao fumo, evidenciou a associação da religião na prevenção do início do uso e não no abandono do tabagismo<sup>(31)</sup>. Outro estudo realizado em unidades básicas de saúde, no sudeste do Brasil, evidenciou que a religiosidade foi fator importante na influência do comportamento de fumar entre os usuários e a prevenção e uso. Os que declararam ter religião tiveram uma prevalência mais baixa de tabagismo do que os que não apresentavam. E a prevalência entre quem não praticava religião era maior do que entre os que a praticavam. Além disso, o tabagismo esteve associado à religiosidade autorreferida, atividade religiosa organizacional e a alguns aspectos da religiosidade intrínseca<sup>(32)</sup>.

O processo de abandono do tabagismo é algo complexo e multifatorial, assim, é preciso buscar compreender o tabagista dentro de sua história de vida e possíveis motivações. Ir além da prática prescritiva 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<sup>(33)</sup>. A religião pode funcionar como apoio complementar ao tratamento, através do acolhimento, criação de vínculos e apoio social. A igreja pode constituir-se em ambiente promissor para nova rede de amizades<sup>(18)</sup>. Nesse contexto, em uma revisão sistemática sobre barreiras para o abandono do tabagismo em grupos vulneráveis, verifica-se que o gerenciamento do estresse e a falta de apoio ao abandono são áreas prioritárias para a pesquisa sobre a cessação, a implementação do programa e a mudança de políticas públicas de saúde<sup>(34)</sup>.

Todos esses aspectos alertam para a necessidade de intervenções que reforcem a automotivação como elemento fundamental para a cessação do hábito de fumar. Indicam a importância dos grupos de prevenção e tratamento para os tabagistas nos serviços de atenção primária, locus onde o profissional tem a oportunidade de conhecer e acompanhar o usuário dentro do seu contexto social<sup>(35)</sup>.

Cabe citar como limitações do estudo a amostra pequena, devido à dificuldade de captação dos participantes para a realização das entrevistas por questões relacionadas à violência urbana presente no território estudado, mudança de endereço, dificuldade de acesso

aos participantes devido a questões laborais, situações somadas que acabaram por afetar o poder estatístico do estudo. Além disso, a possibilidade de viés de memória, já que as informações referentes à religiosidade como exposição foram colhidas posteriormente à ocorrência do desfecho.

## Conclusão

Percebe-se que a grande maioria dos tabagistas estudados apresenta predominância no envolvimento religioso, especialmente mulheres, indivíduos mais velhos e que vivem com parceiro, o que mostra a importância de considerar esse aspecto durante o tratamento para a cessação, apesar de não ter sido encontrada relação entre a religiosidade e a cessação do tabagismo. Assim, demonstra-se a originalidade do estudo, ao abordar a temática da religiosidade dos usuários da Estratégia Saúde da Família cadastrados no Programa de Tratamento do Tabagismo.

É importante que o tema religiosidade seja abordado nos cursos de formação de profissionais de saúde e de atualização profissional, pois é um aspecto a ser considerado para uma abordagem mais integral ao tabagista. Além disso, recomendamos novos estudos que explorem a temática, principalmente no que tange ao apoio da religiosidade frente à cessação do consumo de substâncias, e não apenas como fator de proteção à iniciação do uso, já que é uma temática ainda pouco explorada na literatura.

O entendimento das variáveis envolvidas no abandono do cigarro e na manutenção da abstinência é ainda confuso e multifacetado. Nesse sentido, a religiosidade pode inserir-se como um caminho importante na busca do entendimento dessa relação de forma a subsidiar os profissionais de saúde a modificarem suas práticas para uma abordagem mais ampla e plena dos usuários.

O objetivo do profissional de saúde é encontrar um terreno comum com todos os pacientes, não significando mudar crenças, mas tentar apoiar crenças que ajudem o paciente a enfrentar a doença. Estratégia de enfrentamento, fonte de suporte social, modificador comportamental.

## Referências

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2020 Sep 29]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>
2. Portes LH, Machado CV, Turci SRB, Figueiredo VC, Cavalcante TM, Costa e Silva VL. A Tobacco Control Policies in Brazil: a 30-year assessment. *Cienc Saude Coletiva*. 2018;23(6):1837-48. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05202018>
3. Bastos IPM, Vasconcellos MTL, De Boni RB, Reis NB, Coutinho CFS, organizadores. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; 2017 [cited 2020 Oct 2]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>
4. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cad Saude Pública*. 2015;31:1283-97. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192013>
5. Szklo AS, Thrasher JF, Perez C, Figueiredo VC, Fong G, Almeida LM. Understanding the relationship between socioeconomic status, smoking cessation services provided by the health system and smoking cessation behavior in Brazil. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2013 [cited 2021 Aug 31];29(3). Available from: <https://scielosp.org/pdf/csp/2013.v29n3/485-495/en>
6. Ministério da Saúde (BR); Instituto Nacional de Câncer; Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: Relatório Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [cited 2021 Aug 21]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_especial\\_tabagismo\\_petab.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf)
7. Cavalcante TM. O controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Arch Clin Psychiatry*. 2005;32(5). <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000500006>
8. Bazotti A, Finokiet M, Conti IL, França MTA, Dabdab P. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(1):45-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.16802014>
9. Echer I, Barreto SS. Determination and support as successful factors for smoking cessation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(3):445-51. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000300018>
10. Mendes ACR, Toscano CM, Barcellos RMS, Ribeiro ALP, Ritzel JB, Cunha VS, et al. Costs of the Smoking Cessation Program in Brazil. *Rev Saude Pública*. 2016;50(0). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006303>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2020 Oct 2]. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_40.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf)
12. Chean K, Goh LG, Liew K, Tan C, Choi X, Tan K, et al. Barriers to smoking cessation: a qualitative study from the perspective of primary care in Malaysia. *BMJ Open*. 2019;9:e025491. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025491>

13. Yong HH, Hamman SL, Borland R, Fong GT, Omar M. Adult smokers' perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: A comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims. *Soc Sci Med*. 2009;(69)7:1025-31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.042>
14. Hussain M, Walker C, Moon G. Smoking and Religion: Untangling Associations Using English Survey Data. *J Relig Health*. 2019;58:2263-76. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0434-9>
15. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: a review and update. *Adv Mind Body Med [Internet]*. 2015;29(3):19-26. [cited 2020 Oct 13]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26026153/>
16. Portes LH, Guimarães MBL. Espiritualidade, religiosidade e religião e as políticas públicas de saúde em relação ao tabagismo. *Rev APS [Internet]*. 2012 [cited 2021 Aug 20];15(1):101-12. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/download/14918/7920/63335>
17. Zenevich L, Moriguchi Y, Madureira VSF. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):433-9. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200023>
18. Zerbetto SR, Gonçalves AMS, Santile N, Galera SAF, Acorinte AC, Giovannetti G. Religiosity and spirituality: mechanisms of positive influence on the life and treatment of alcoholics. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170005>
19. Felipe AOB, Carvalho AMP, Andrade CUB. Espiritualidade e religião como protetores ao uso de drogas em adolescente. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2015;11(1):49-58. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i1p49-58>
20. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo F Neto, Koenig HG. Versão em português da Escala de da Religiosidade Duke – DUREL. *Rev Psiquiatr Clín*. 2008;35(1):31-2. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>
21. Carvalho CC, Chaves ECL, Lunes DH, Simão TP, Grasselli CSM, Braga CG. Effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(4):684-90. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400016>
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência [Internet]. 2010 [cited 2020 Nov 15]. Available from: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)
23. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010;37(1):12-5. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100003>
24. Queiroz NR, Portella LF, Abreu AMM. Association between alcohol and tobacco consumption and religiosity. 2015;28(6):546-52. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500091>
25. Cres MR, Abdala GA, Meira MDD, Teixeira CA, Ninahuan MFML, Moraes MCL. Religiosidade e estilo de vida de uma população adulta. *Rev Bras Promoção Saúde [Internet]*. 2015 [cited 2020 Oct 2];28(2):240-50. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40843425013>
26. Silva JV, Domingues EAR. Religiosity evidence of residents in city south of Minas Gerais. *Rev Fund Care*. 2018;10(1):52-61. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.52-61>
27. Abdel-Hady D, El-Gilany A. Tobacco use and its associated factors among older people: a community-based study in Egypt. *East Mediterr Health J*. 2020;26(1):68-74. <https://doi.org/10.26719/2020.26.1.68>
28. Kim NY, Huh HJ, Chae JH. Effects of religiosity and spirituality on the treatment response in patients with depressive disorders. *Comp Psychiatry*. 2015;60:26-34. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.04.00>
29. Afrashteh S, Ghaem H, Gholami A, Tabatabaee HR, Abbasi-Ghahramanloo A. Cigarette smoking patterns in relation to religiosity and familial support among Iranian university students: A Latent Class Analysis. *Tob Induc Dis*. 2018;16(33). <https://doi.org/10.18332/tid/92649>
30. Lazari AH, Hungaro AA, Okamoto ARC, Suguayama P, Marcon SS, Oliveira MLF. Families in vulnerable territory and reasons for not using drugs. *Rev Eletron Enferm*. 2017. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.38380>
31. Bailey ZD, Slopen N, Albert M, Williams DR. Multidimensional religious involvement and tobacco smoking patterns over 9-10 years: a prospective study of middle-aged adults in the United States. *Soc Sci Med*. 2015;138:128-35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.06.006>
32. Martinez EZ, Giglio FM, Terada NAY, Silva AS, Zucoloto ML. Smoking Prevalence Among Users of Primary Healthcare Units in Brazil: The Role of Religiosity. *J Relig Health*. 2017;56(6):2180-93. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0389>
33. Coutinho LSB, Brun SEM, Arruda MP. Motivation as a strategy for smoking cessation. *Rev Bras Med Fam Comun*. 2014;9(32):242-9. [https://doi.org/10.5712/rbmf9\(32\)763](https://doi.org/10.5712/rbmf9(32)763)
34. Twyman L, Bonevski B, Paul C, Bryant J. Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ Open*. 2014;4(12). <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006414>

35. Jesus MCP, Silva MH, Cordeiro SM, Korchmar E, Zampier VDB, Merighi MAB. Understanding unsuccessful attempts to quit smoking: a social phenomenology approach. Rev Esc Enferm USP. 2016;50. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100010>

## Contribuição dos Autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Larissa Rodrigues Mattos, Ângela Maria Mendes Abreu, Luciana Fernandes Portela. **Obtenção de dados:** Larissa Rodrigues Mattos. **Análise e interpretação dos dados:** Larissa Rodrigues Mattos, Ângela Maria Mendes Abreu, Luciana Fernandes Portela, Márcia Peixoto César, Louise Anne Reis da Paixão, Rafael Tavares Jomar. **Análise estatística:** Larissa Rodrigues Mattos, Ângela Maria Mendes Abreu, Luciana Fernandes Portela. **Redação do manuscrito:** Larissa Rodrigues Mattos, Ângela Maria Mendes Abreu, Luciana Fernandes Portela, Márcia Peixoto César, Louise Anne Reis da Paixão, Rafael Tavares Jomar. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Larissa Rodrigues Mattos, Ângela Maria Mendes Abreu, Luciana Fernandes Portela, Márcia Peixoto César, Louise Anne dos Reis Paixão, Rafael Tavares Jomar.

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflitos de interesses:** os autores declararam que não há conflito de interesses.

Recebido: 08.04.2021

Aceito: 13.08.2021

Autor correspondente:  
Larissa Rodrigues Mattos  
E-mail: [larissarmattos@gmail.com](mailto:larissarmattos@gmail.com)  
 <https://orcid.org/0000-0002-8033-2667>

**Copyright © 2022 SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.