SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14

1.1 TABAGISMO 14
1.2 INTERVENÇÃO TELEFÔNICA COMO ESTRATÉGIA PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO 22
1.3 TEORIA COGNITIVA 27
1.4 TEORIA COMPORTAMENTAL 29

2 OBJETIVOS 36

2.1 OBJETIVO GERAL 36
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 36

3 MÉTODO 37

3.1 POPULAÇÃO ESTUDO 37
3.1.1 AMOSTRA 37
3.1.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 37
3.1.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO 38
3.2 LOCAL DE ESTUDO 38
3.3 PROCEDIMETO DE COLETA DE DADOS 38
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS 41
3.4.1 QUESTIONÁRIO TABAGISMO 41
3.4.2 TESTE DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA DE FAGERSTRÖM 41
3.4.3 CAGE 42
3.4.4 TOFHLA 42
3.5 INTERVENÇÃO TELEFÔNICA 43
3.5.1 ESTRUTURA DAS INTERVENÇÕES 44
3.5.2 DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS UTILIZADOS NA INTERVENÇÃO 46
3.5.3 DESCRIÇÃO DAS TÉCNICAS DA INTERVENÇÃO TELEFÔNICA 52
3.5.4 HABILIDADES NECESSÁRIAS PARA ATENDIMENTO TELEFÔNICO 59
3.6 PROCEDIMENTO ÉTICO 60
3.7 TESTE PILOTO 61
3.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO 61
3.8.1 ANÁLISE DESCRITIVA 61
3.8.2 ANÁLISE COMPARATIVA 61
3.8.3 ANÁLISES ASSOCIATIVAS 62

4 RESULTADOS 63

4.1 APRESENTAÇÃO DESCRITIVA DOS DADOS 65
4.1.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS 65
4.1.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTATOS TELEFÔNICOS 66
4.1.3 DISTRIBUIÇÃO DOS INDIVÍDUOS CONFORME O TEMPO QUE FUMAM. 67
4.2 COMPARAÇÃO ENTRE OS INDICADORES DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO NOS TEMPOS T0, T1 E T2 68
4.2.1 DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE CIGARROS FUMADOS POR DIA 68
4.2.2 REDUÇÃO DO NÚMERO DE CIGARROS FUMADOS POR DIA 70
4.2.3 CESSAÇÃO DO TABAGISMO APÓS INTERVENÇÃO TELEFÔNICA. 71

4.2.4 RESULTADO DO TESTE DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA: FAGERSTRÖM.....72
4.2.5 DESCRIÇÃO DAS PERGUNTAS DO TESTE DE FAGERSTRÖM.....73
4.3 COMPARAÇÃO ENTRE OS INDICADORES DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO ENTRE OS INDIVÍDUOS QUE PARARAM DE FUMAR APÓS A INTERVENÇÃO TELEFÔNICA NOS TEMPOS T0, T1, T2 E T3.....78
4.3.1 DISTRIBUIÇÃO DA QUANTIDADE DE CIGARROS FUMADOS POR DIA. 78
4.3.2 DISTRIBUIÇÃO DA REDUÇÃO DE CIGARROS FUMADOS POR DIA.....78
4.3.3 TESTE DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA: FAGERSTRÖM.....79
4.4 MOTIVADORES PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO.....83
4.4.1 PRESENÇA DE TENTATIVA ANTERIOR DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO. 83
4.4.2 QUANTIDADE DE TENTATIVA ANTERIOR DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO 84
4.4.3 PRESENÇA DE MOTIVO, EXCETO PROBLEMA DE SAÚDE, QUE INCENTIVARAM O CLIENTE NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO. 86
4.4.4 PRESENÇA DE DOENÇA RELACIONADA COM O TABAGISMO. 87
4.4.5 FATORES DECISIVOS PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO.....87
4.4.6 PRESENÇA DE PROBLEMAS DE SAÚDE GERAL.....87
4.5 INFLUÊNCIAS DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS NA EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO TELEFÔNICA E NO RESULTADO DO TESTE DE FAGERSTRÖM.....88
4.6 ASSOCIAÇÃO DO RESULTADO CESSAÇÃO DE TABAGISMO COM AS VARIÁVEIS DO COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO AO TABAGISMO 89
4.7 ASSOCIAÇÃO DO RESULTADO CESSAÇÃO DE TABAGISMO COM AS PERGUNTAS DO TESTE DE FAGERSTRÖM. 90
4.8 INFLUÊNCIA DO TEMPO DA INTERVENÇÃO TELEFÔNICA NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO.....91

5 DISCUSSÃO 92

6 CONCLUSÃO.....107

ANEXOS 119

APÊNDICES.....132

1 INTRODUÇÃO

1.1 TABAGISMO

O tabagismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública. Apesar dos 40 anos passados, desde o primeiro documento oficial (*Surgeon General Report*) sobre os prejuízos do fumo à saúde, este ainda persiste como uma das principais causas preveníveis de morte no mundo[1].

O consumo do tabaco é a mais importante causa evitável de doenças e mortes prematuras da história da humanidade, atingindo proporções de uma epidemia global e representa, atualmente, o principal fator de risco evitável de doenças graves[2,3,4].

O consumo de cigarros está relacionado com diversas patologias, e com 30% das mortes por câncer. É fator de risco para desenvolvimento de carcinomas do aparelho respiratório, esôfago, estômago, pâncreas, cervix uterino, rim e bexiga[6,7,8].

O uso do cigarro pode desenvolver e agravar vários tipos de doenças, como por exemplo: doenças cardíacas podendo ser representadas pelo infarto agudo do miocárdio; doenças pulmonares, tais como a doença pulmonar obstrutiva crônica e bronquites; doenças neurológicas como os aneurismas arteriais e demências; doenças vasculares, como trombose vascular, doenças oclusivas das artérias; problemas gastrointestinais como as úlceras do trato digestório, náuseas, vômitos entre outros[7,8,9,10].

Existem mais de setenta mil artigos científicos publicados e reproduzidos em diversos países, na qual grande parte deles comprova a relação causal do tabagismo e doenças graves como câncer do pulmão (90% dos casos), enfisema pulmonar e bronquite crônica (80%), derrame cerebral (25%) infarto do miocárdio (33%), entre outras[5,11,12,13,14].

Considerando o tabagismo como uma das principais causas de morte prematura e incapacitantes, ele constitui um quadro preocupante com consequências graves sobre a saúde da população, atingindo também a economia, a ecologia, e a sociedade como um todo[5].

Os números são impressionantes: um terço da população mundial

adulta fuma; a cada ano morrem no mundo cinco milhões de pessoas por doenças tabaco-relacionado; no Brasil, 200 mil indivíduos[15,16,17].

Nos Estados Unidos da América (EUA), assim como na maioria dos países da Europa, a prevalência de fumantes varia de 30 a 39%. No Caribe, incluindo o México, o número chega a atingir 50 a 59% da população acima de 15 anos de idade. Na América Latina estes índices caem para 40 a 49% da população[18].

Uma pesquisa realizada em dezesseis capitais brasileiras, pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), em 2002/2003, com 23.457 indivíduos, intitulado "Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidades Referidas de Agravos Não Transmissíveis", mostrou uma prevalência de fumantes de 19%, variando de 12,9% em Aracaju a 25,2% em Porto Alegre. Este resultado demonstra uma prevalência menor se comparado aos dados encontrados em pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) em 1989, cuja prevalência encontrada foi de 31,7%[19,20].

Esta pesquisa do Inquérito Domiciliar mostrou ainda que as cidades urbanizadas apresentam uma prevalência maior de consumo regular de tabaco. Em São Paulo o resultado foi de 19,9%[19,20].

No Inquérito de Tabagismo em Escolares realizado em 2002/2003, foram analisados dados de prevalência de uso do tabaco na população de treze a quinze anos, em onze capitais brasileiras. Para os jovens, considerou-se fumante atual, aquele que fumou pelo menos um dia nos últimos trinta dias. A prevalência de fumantes encontrada foi de 10 a 22%. Entre estes, 11,5% a 35,3% foram classificados como fumantes regulares[19,20].

No Inquérito Domiciliar Sobre Comportamentos de Risco e Morbidades Referidas de Agravos Não Transmissíveis, em São Paulo, 14,4% dos fumantes regulares tinham idade ente 15 e 24 anos[19,20].

No estudo brasileiro do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), implantado em 2006, pelo Ministério da Saúde, incluindo uma amostra da população residente nas capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, teve o objetivo de monitorar os fatores de risco ou de proteção para

doenças crônicas não transmissíveis, entre elas, o tabagismo. Os resultados em 2008 relataram a prevalência do tabagismo de 16,1% (20,5% no sexo masculino e 12,4% no sexo feminino). A proporção de adultos que declararam fumar quantidade igual ou maior que 20 cigarros ao dia foi de 4,9%, sendo maior no sexo masculino (6,5% vs. 3,6%). Houve maior prevalência de tabagismo entre indivíduos com menor escolaridade (igual ou menor que oito anos). O número de cigarros consumidos por dia no sexo masculino foi aproximadamente o dobro que o número entre as mulheres. No estado de São Paulo, observou-se a prevalência de 20,9%, sendo 27,5% no sexo masculino e 15,1% no sexo feminino[20].

Grandes esforços têm sido feitos em vários países, sobretudo os desenvolvidos, no sentido de controlar o tabagismo, o que vem levando a uma queda importante na prevalência de fumantes nas últimas décadas. A redução anual na prevalência do tabagismo tem sido de 0,6%, no Japão; de 0,7%, nos EUA; e de 0,8%, no Reino Unido[21,22].

No Brasil, a prevalência do tabagismo em adultos com idade igual ou maior que 18 anos foi de 34,8% no ano de 1989 e reduziu em quatorze anos para 22,4% (2003), o que representa uma queda anual relativa de 2,5% e uma queda anual absoluta de 0,9%[20,23]. Estes dados mostram que as medidas adotadas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo estão sendo efetivas.

A queda da prevalência do tabagismo no Brasil, reforça a hipótese que muitas pessoas param de fumar apesar da oferta ainda insuficiente de centros de tratamento e de suporte farmacológico, assim como do comprometimento pouco satisfatório dos profissionais de saúde no que se refere à abordagem dos fumantes[24].

Ao analisar-se este cenário, apesar da observação que o Brasil na última década vem apresentando uma queda na prevalência de tabagismo, ainda é relevante o número de fumantes, inclusive entre os jovens que poderão sofrer maiores prejuízos com o hábito de fumar, sendo necessária a consolidação de estratégias efetivas na cessação do tabagismo.

O tabagismo é um comportamento que recebe influências de estímulos ambientais, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e das ações farmacológicas da nicotina. Esses estímulos podem ser de vários

tipos, como os provenientes da publicidade, da facilidade de aquisição da droga pelos baixos preços dos cigarros e aceitação social, exemplo dos pais e de líderes fumantes, tendência pessoal a outras adições e fatores que predispõe à depressão[25].

O estabelecimento da dependência é um fenômeno bastante complexo que não pode ser explicado com base unicamente nos condicionamentos e nas características farmacológicas da droga. Vários outros fatores estão presentes. No caso da nicotina, o processo de formação do hábito em torno da droga e das várias contingências gestuais que envolvem o ato de fumar tem grande influência na manutenção da dependência, na resistência para iniciar a parada e principalmente para facilitar a recaída[17].

O cigarro é formado por aproximadamente quatro mil e setecentas substâncias tóxicas e dentre estas, encontra-se a nicotina, que é a responsável pela dependência farmacológica. Além da nicotina, o cigarro contém diversos componentes irritantes como formaldeído, cetonas, monóxido de carbono, amônia, entre outros, além das substâncias cancerígenas como o alcatrão, níquel, chumbo, etc[8,16].

A nicotina é estimulante do sistema nervoso central, alterando o humor, percepção, estado emocional, comportamento e aprendizagem, aumenta o estado de alerta e reduz o apetite, induz dependência e tolerância pela ação nas vias dopaminérgicas centrais, levando às sensações de prazer e recompensa mediadas pelo sistema límbico[6]. Ela age como uma droga psicoativa, pois o comportamento do indivíduo para usá-la é reforçado pelo próprio efeito da nicotina[26,27].

A nicotina chega ao cérebro em curto período de tempo, alimentando os receptores de células cerebrais capazes de reconhecê-las. O organismo reage à nova substância, acostumando-se, com o tempo, a receber cargas frequentes da droga. Cada tragada chama a próxima e em um prazo de um a três meses, a adicção instala-se. Nesta fase observa-se a tolerância, que é a quantidade de nicotina que o indivíduo necessita cada vez maior para suprir seus receptores cerebrais. Desta forma, quanto maior a tolerância, maior a necessidade da nicotina e maior a dependência física[27].

A dependência à nicotina chega a alcançar 70% a 90% dos fumantes, reforçando o tabagismo como uma doença e uma dependência que necessita de tratamento[16].

A nicotina parece ser uma das drogas de maior acessibilidade, pois a mesma apresenta um baixo custo e é legalmente aceita na sociedade. Apresenta também alto poder de vício, com potencial de letalidade, e parece ser a droga que mais precocemente é utilizada pelas crianças e adolescentes, em relação às demais.

Os dados acima apontados reforçam a necessidade de investimentos cada vez mais amplos em técnicas de cessação do tabagismo, sendo necessários avanços terapêuticos na área.

Os neurotransmissores liberados no sistema nervoso central (SNC) por ação da nicotina também são responsáveis pela dificuldade do fumante cessar com o tabagismo, pois muitas das sensações proporcionadas por estes neurotransmissores são desejados pelos fumantes. Estes compreendem: dopamina responsável pelo prazer e diminuição do apetite; norepinefrina que induz ao estado de alerta e diminuição do apetite; acetilcolina que melhora o alerta e a cognição; vasopressina que melhora a memória; serotonina que modula o humor, diminui o apetite, e alivia a síndrome de abstinência; betaendorfina que reduz a ansiedade e tensão; glutamato que melhora a memória; GABA que reduz a ansiedade e tensão[25].

Outro fator que dificulta a cessação do tabagismo é a síndrome de abstinência. Esta ocorre porque, com a supressão da droga, aparecem sinais e sintomas fisiológicos por depressão do SNC. Os sintomas mais comuns são forte desejo de fumar, inquietação, depressão, transpiração excessiva, transtorno no sono, ansiedade, irritabilidade, agressividade, dificuldade de concentração, suores súbitos, dores de cabeça, tontura, constipação intestinal e tristeza[27,28,29]. A diminuição de 50% no consumo da nicotina pode desencadear sintomas de abstinência nos indivíduos dependente [6]. Parte dos indivíduos que estão no processo de cessação do tabagismo e começam a experimentar os sintomas da abstinência, tendem a desistir, retornando ao comportamento anterior de fumar.

A dependência psicológica faz com que o fumante use o cigarro como apoio, uma adaptação para lidar com sentimentos aversivos, tais como: solidão, frustrações e pressões sociais[30]. Desempenha papel importante na manutenção da adicção. A dependência significa uma necessidade compulsiva do uso da droga e o resultado disto é que o cigarro passa a ser controlador do comportamento do indivíduo. Observa-se que se fuma por diversas razões: estimulação onde o fumar pode ser percebido como modulador de funções fisiológicas melhorando a atenção, concentração e a energia pessoal; ritual, pois envolve todos os passos dados até o acender do cigarro; prazer, através da nicotina que libera substâncias hormonais que proporcionam maior sensação de prazer através das atividades neuroquímicas do cérebro nas vias de recompensa; redução da ansiedade e do estresse, pois a nicotina quando chega aos receptores cerebrais ajuda a diminuir a ansiedade e o estresse, oferecendo-lhe uma sensação momentânea de alívio[27,28,31].

O ato de fumar é mantido em parte pelo condicionamento, uma vez que a associação do fumar após eventos específicos faz com que estes se tornem fortes estímulos para o desejo de fumar[27]. O condicionamento faz com que o fumante associe comportamentos com o ato de fumar, exemplo tomar café e fumar, dirigir e fumar, além disso, associa também ambientes com o ato de fumar, varanda e fumar, poltrona de descanso e fumar, entre outros[27]. O comportamento do fumante é reforçado pelas consequências da ação farmacológica do cigarro[27], já citadas anteriormente, dependência psicológica e pelo condicionamento.

O tratamento do tabagismo comparado a outras intervenções na área de saúde é dos que apresenta melhor relação custo benefício. Estimativas de custo benefício de uma breve abordagem ao fumante mostram que, se apenas 2,7% a 3,7% dos fumantes parassem de fumar através deste tipo de abordagem, o custo estimado por ano de vida salvas seria bastante inferior ao custo do tratamento da hipertensão arterial, hipercolesterolemia e do infarto do miocárdio[5].

Depois de estabelecida a dependência ao tabaco, a dificuldade em cessar com o tabagismo é alta, e geralmente é proporcional ao número de cigarros fumados por dia e ao tempo de consumo da droga[5].

Entre os fumantes, 80% manifestam interesse em parar de fumar, mas só 3% conseguem a cada ano[9].

Assim, é essencial que sejam alcançados avanços na área de cessação do tabagismo para que os serviços existentes melhorem sua qualidade e para que os fumantes possam ter um maior acesso a estes tipos de serviços. Métodos que aperfeiçoem e facilitem o acesso a esses serviços são importantes na luta contra o tabagismo.

Durante muito tempo, profissionais da área de saúde tiveram dificuldade de decidir qual a melhor abordagem para um fumante. Muitos orientavam seu trabalho a partir de crenças pessoais que se baseavam em suas próprias observações, exercendo uma prática clínica empírica sem experimentação científica de seus pressupostos e resultados. Tampouco, era possível estabelecer um bom controle de qualidade dos serviços por falta de comprovação científica de sua prática. Esta situação está mudando. O avanço da ciência clínica tem permitido uma prática clínica cada vez mais fundamentada em evidências[32].

Atualmente, existem várias formas de intervenção para a cessação do tabagismo. Estas atuam desde a dependência física causada pela nicotina, na dependência psicológica onde o cigarro representa um instrumento de apoio ao fumante e até no contexto que evoca o comportamento condicional[8].

A abordagem do fumante pode incluir o auxílio de medicamentos que atenuam o processo de abstinência, como os antidepressivos e reposição da nicotina. Os medicamentos de primeira escolha são a Bupropiona e a reposição de nicotina, e os de segunda linha são a Clonidina e Nortriptilina que devem ser utilizados apenas nos casos de insucesso dos medicamentos de primeira linha[33].

A Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) fornece ao indivíduo a nicotina de forma mais lenta e contínua, além de proporcionar em alguns casos estimulação oral e rituais de uso que substituem parcialmente aqueles do tabaco[33]. No Brasil, a nicotina encontra-se na forma de goma de mascar e adesivos.

A Bupropiona é um antidepressivo não-tricíclico que inibe a recaptação présináptica de dopamina e noradrenalina. Acredita-se que sua ação nas vias dopaminérgicas centrais seja o mecanismo responsável pela diminuição da fissura pelo cigarro nos pacientes em abstinência da nicotina[6, 33]. Nos EUA, a Bupropiona é indicada aos tabagistas que consomem quinze ou mais cigarros por dia ou apresentam sintomas depressivos. Tem apresentado resultados satisfatórios[6,33].

Os medicamentos de segunda linha devem ser utilizados apenas se a TRN e a Bupropiona não forem indicados para o cliente. A Nortriptilina tem se mostrado um medicamento promissor, mas ainda são necessários mais estudos para a comprovação de sua utilidade e de sua dosagem ideal[33]. A Clonidina pode ser usada para alívio dos sintomas da síndrome de abstinência da nicotina[6,33].

A intervenção farmacológica pode ser utilizada como estratégia de apoio em situações bem definidas, e tem a finalidade de facilitar a abordagem cognitiva comportamental que é à base do tratamento do tabagismo e deve ser sempre utilizada[33].

As intervenções não farmacológicas incluem material de autoajuda, aconselhamento presencial, intervenção em grupo, intervenção telefônica, Terapia Comportamental, entre outros[32].

Os materiais escritos de autoajuda empregados isoladamente como método único de aconselhamento mostram-se pouco efetivos para aumentar a abstinência[32].

Os profissionais da saúde desempenham um importante papel, aconselhando os fumantes a abandonarem o fumo, durante consultas, bem como apoiando campanhas antitabagismo e estimulando a criação de ambientes livres do cigarro. Contudo, ainda que estes profissionais reconheçam a morbimortalidade relacionada ao fumo, geralmente orientam poucos seus pacientes para o abandono do tabagismo, possivelmente por não confiarem em sua própria habilidade e conhecimentos sobre técnicas que tenham este objetivo[32]. Assim, apenas o aconselhamento individual, realizado de forma não estruturada, não tem demonstrado grande efetividade no processo de cessação do tabagismo.

Uma grande parte dos tratamentos para tabagismo emprega algum tipo de técnica Cognitiva Comportamental. A Terapia Comportamental procura auxiliar o fumante a identificar os gatilhos relacionados ao desejo e ao ato de fumar, e utiliza técnicas cognitivas e de modificação do comportamento para interromper a associação entre a situação gatilho, a fissura de fumar e ao comportamento de consumo. Frequentemente utiliza-se estratégias para lidar com estresse e afetos positivos e negativos, solução de problemas, além do manejo dos sintomas de síndrome de abstinência. Uma vez que o fumante pare de fumar, são utilizadas técnicas de prevenção de recaída. Esta abordagem tem demonstrado efetividade na cessação do tabagismo[32].

A intervenção telefônica pode ser um método para facilitar o acesso do fumante ao serviço de atendimento, podendo apresentar uma boa relação custo benefício. Esta abordagem tem como grande vantagem a diminuição de barreiras, como a distância do local de tratamento ou a falta de tempo do paciente. Este método também é uma alternativa de atendimento para fumantes com dificuldades de deslocamento e também para aqueles que necessitam de atendimentos intensivos[34].

Existem evidências limitadas acerca da efetividade do aconselhamento telefônico na cessação do tabagismo, porém as evidências existentes sugerem algum impacto positivo.

1.2 INTERVENÇÃO TELEFÔNICA COMO ESTRATÉGIA PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

O uso do telefone para ajudar os fumantes a pararem de fumar teve seu início na década de 1990, nos EUA (Califórnia, Oregon, Arizona e Massachusetts)[35], e se transformou em uma parte integrante dos programas de controle ao tabagismo nos EUA e Canadá[36].

O uso da intervenção telefônica para apoiar o fumante está crescendo e sendo reconhecida como uma estratégia viável, na qual a relação entre custo e efetividade é boa para assistir os fumantes que procuram parar com esta dependência[37]. Tem sido utilizada como estratégia de prevenção da recaída naqueles que realizaram algum tipo de intervenção para cessar com

o fumo, otimizando o aconselhamento oferecido por profissionais de saúde[38], e também como uma modalidade de tratamento[39].

Esta forma de abordagem tem sido utilizada em diversas populações, em associação com a farmacoterapia[40,41], nos fumantes que estão aguardando procedimentos cirúrgicos[41,42], em pais fumantes[41,43], ou para a população em geral[41,44].

O uso de serviços telefônicos para dar informações e suporte ao fumante pode ser oferecido de duas maneiras, proativo: nesta forma os fumantes recebem ligação do profissional de acordo com uma combinação prévia; reativo: o fumante liga para um número telefônico procurando ajuda e aconselhamento. Este formato é muito usado em linhas de ajuda[45].

Na América do Norte, há 52 serviços de intervenção telefônica para cessação do tabagismo, atendendo 62 estados. A maioria destes serviços funciona 96 horas semanais, com atendimento em vários idiomas. Destes, 98% são formatados com sessões de aconselhamento realizados por profissionais treinados para este serviço. A maior parte do aconselhamento é realizada através de ligações proativas. A média é de cinco a sete atendimentos por fumante, sendo que o primeiro contato é mais longo, média de 28 minutos, e os demais com um tempo médio de 16 minutos. No atendimento é abordada a motivação, estratégias de enfrentamento ao estresse, a data de parada e o desenvolvimento de habilidades para prevenção da recaída. Também há o atendimento com breves orientações de aproximadamente 10 minutos aos fumantes que querem respostas para perguntas pontuais sem nova discussão terapêutica. Destes serviços, metade utiliza material escrito de apoio e aproximadamente 33% distribuem medicamentos para fumantes elegíveis para o uso[35].

Os estudos apresentados na literatura apresentam diversidade de métodos e os dados disponíveis têm demonstrado resultados positivos.

Em estudo realizado na Escócia, em 1994, com adultos fumantes regulares que procuraram o serviço telefônico para cessação do tabagismo, mostrou que durante o segundo ano da campanha, a prevalência de fumantes em indivíduos de 25 a 65 anos foi 6% menor que a prevalência antes do início da campanha. Neste estudo, 23,6% dos

fumantes referiram não fumar após um ano e 88% referiram ter modificado o hábito de fumar[39].

Outro estudo realizado no serviço de ajuda aos fumantes por telefone na Califórnia, iniciado 1992, mostrou que o atendimento protocolizado por telefone para cessação do tabagismo foi efetivo, tendo sido considerado um suporte de sucesso para os serviços de saúde pública daquele estado. A intervenção telefônica proativa aumentou as taxas de abstinências em curto prazo em 23,7%, e em longo prazo o aumento verificado foi de 9,1%[46].

Em estudo sueco, o serviço de atendimento telefônico do Centro de Prevenção do Tabaco foi analisado em 1999. O serviço oferece quatro linhas telefônicas de apoio ao fumante, cujo aconselhamento para a cessação do tabagismo é realizado por um profissional de saúde treinado. O protocolo de atendimento utiliza estratégias motivacionais, estágios de mudança comportamental, bases da Teoria Cognitiva Comportamental e bases da farmacologia. O estudo foi realizado com 496 fumantes que recebiam ligações reativas, a abstinência após um ano foi de 28%. Entre os 629 fumantes que recebiam ligações proativas, a taxa de abstinência encontrada após um ano foi de 33%. Foi possível concluir a importância do uso das linhas telefônicas no tratamento dos fumantes[44].

Outro estudo foi realizado na Nova Zelândia em 2005, com 1705 indivíduos, utilizando o telefone celular como via de acesso aos fumantes através de envio de mensagem de texto. Os participantes recebiam regularmente no primeiro mês, de cinco a seis mensagens, com diminuição para uma mensagem no período de manutenção. Obteve-se uma abstinência de 25,4% no primeiro grupo e 23,7% no segundo grupo que recebia uma mensagem de texto quinsenalmente[47].

Outro estudo que também utilizou o telefone celular, realizado em 2009 com 200 indivíduos, na qual o método descrito por Rodgers foi adaptado para a população do Reino Unido, obteve-se após seis meses no programa, uma taxa de abstinência de 14,7% no grupo estudado recebia de cinco a seis mensagens mensais e 19,4% no grupo que recebia uma mensagem de texto quinzenalmente[48].

Em 2006, uma pesquisa foi realizada na Noruega, com 290 sujeitos com o objetivo de verificar a abstinência após programa de intervenção digital que incliu mensagens de texto pelo computador e telefone celular comparado ao grupo controle que consistiu na entrega de um livro com orientações para cessação do tabagismo. Observou-se que os participantes que receberam a intervenção obtiveram 20% de abstinência após um ano comparado a 7% no grupo controle, portanto, a intervenção foi efetiva para ajudar os fumantes a atingir a abstinência a longo prazo[49].

Em estudo realizado entre 2001 e 2003, com objetivo de analisar a efetividade da intervenção telefônica para cessação do tabagismo, no estado americano de Oregon, entre os 718 fumantes, a abstinência encontrada foi de 14,3% após um ano. O aconselhamento incluiu um contato inicial de 40 minutos e até quatro contatos adicionais ao longo de três meses. As técnicas empregadas foram motivar a mudança, fornecer informações sobre a parada, estratégias de apoio e prevenção de recaída[50].

Intervenções bem sucedidas geralmente envolvem múltiplos contatos próximos a tentativa de parar. Analisando o impacto do número de sessões de intervenção telefônica, um estudo americano, realizado em 1996, alocou 3.030 fumantes para receber ao acaso, um conjunto de material de autoajuda (grupo controle), material e uma única sessão telefônica ou o material e seis sessões por telefone. Após 12 meses, as taxas de abstinência foram respectivamente 5,4%, 7,5% e 9,9%. Ambos os grupos que receberam aconselhamento foram significativamente mais bem-sucedidos do que o controle. O grupo que recebeu aconselhamento mais intenso obteve melhor resultado do que o grupo com apenas uma sessão de aconselhamento[46].

No Brasil o uso do telefone como instrumento para auxiliar o fumante a parar de fumar ainda é uma experiência restrita. Um dos poucos estudos brasileiros foi realizado no Rio Grande do Sul, sendo avaliado o programa VIVAVOZ. Este programa foi implementado em 2005, é um serviço telefônico anônimo e gratuito com objetivo de disponibilizar aconselhamento telefônico reativo, onde o cliente liga para um número telefônico específico procurando ajuda e aconselhamento. O serviço aborda temas de prevenções

primárias, secundárias e terciárias do uso de drogas para a população geral[35]. No ensaio clínico controlado deste serviço, evidenciou-se que o aconselhamento telefônico reativo baseado na intervenção breve motivacional, aumentou a chance de abstinência por seis meses e reduziu o número de cigarros fumados por dia[45].

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) coloca à disposição da população uma linha de telefone através do qual são fornecidas, gratuitamente, informações sobre os métodos para abandono do fumo. Neste serviço são informados os telefones das coordenações estaduais para tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde, porém não há estudos que avaliem a efetividade deste serviço[51].

O telefone é uma tecnologia de baixo custo para a saúde, que pode atender pessoas em diversos lugares em curto espaço de tempo, podendo deixar a rotina do serviço de saúde mais dinâmica. Os clientes mais beneficiados poderão ser os que não dispõem de acesso a especialista, ou aqueles cuja atenção básica é precária ou inexistente[34].

O uso do telefone pode diminuir o custo operacional da intervenção da cessação do tabagismo através da:

- Isenção de custo de locomoção do fumante para as consultas;
- Diminuição do tempo de espera para a consulta;
- Otimização do espaço físico para atendimento do cliente, apenas uma sala com telefone e computador (para facilitar armazenamento das informações);
- Aumento do número de consultas em curto espaço de tempo;
- Diminuição da necessidade de retorno presencial do cliente,
- Facilidade de acesso às pessoas que residem em outras regiões.

Com estas facilidades que o telefone proporciona, a intervenção telefônica pode ser uma alternativa viável na cessação ao tabagismo. Entretanto, é necessário saber se este método é eficiente no seu propósito. Pois não basta ser um método econômico se não for também efetivo.

No Brasil, não existe um método estruturado de atendimento telefônico para cessação do tabagismo, sendo necessário estabelecer um procedimento ou um protocolo de intervenção que atenda esta demanda, assim como para atingir esta finalidade. Alguns modelos teóricos utilizados nas intervenções presenciais para a cessação do tabagismo podem ser úteis também na intervenção telefônica, embora demandem uma adaptação. Podemos citar especialmente os modelos teóricos aplicáveis a este fim: a Teoria Cognitiva e a Teoria Comportamental.

1.3 TEORIA COGNITIVA

A Teoria Cognitiva foi desenvolvida por Aron T. Beck, na Universidade da Pensilvânia, no início da década de 60, como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, direcionada a resolver problemas atuais, a modificar pensamentos e os comportamentos disfuncionais[52].

O pressuposto cognitivista considera que o modo como cada pessoa age, reage, pensa e sente é fortemente influenciado por valores ou crenças centrais que se desenvolvem como resultado de múltiplos fatores, constituindo esquemas cognitivos básicos de codificação, categorização, representação e apropriação das experiências dos sujeitos[53].

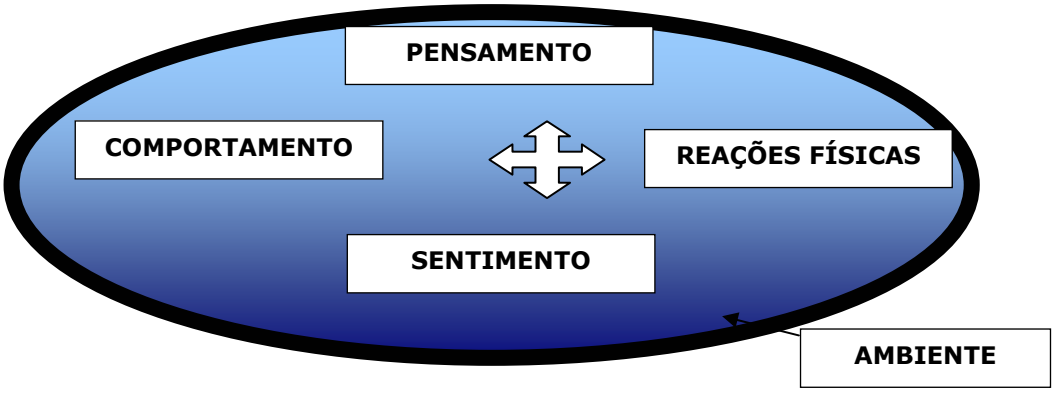
Este modelo sustenta a afirmativa de que nossos comportamentos, afetos, sensações físicas e reações ao ambiente estão sustentados por pensamentos e crenças que adquirimos ao longo de nossa existência. Assim, quando o indivíduo apresenta saúde mental, física e social adequada, sugere-se que os pensamentos são funcionais, ou seja, eles não nos causam sofrimento de nenhuma ordem[54].

As aprendizagens inadequadas, inferências incorretas, distinção inadequada entre imaginação e realidade, entre outros, proporcionam esquemas cognitivos distorcidos que podem resultar em comportamentos disfuncionais, iniciando um processo de retroalimentação também disfuncional[53].

Quando existem pensamentos ou crenças considerados disfuncionais, na maioria das vezes, não há a consciência da existência

deles, pois são automáticos, ou seja, a velocidade com que aparecem é tão alta que sequer percebe-se sua existência ou sua qualidade. O problema é que mesmo sem reconhecê-los, eles exercem influência em nos sentimentos e comportamentos como demonstra a figura abaixo[54,55].

Figura 1- Teoria Cognitiva



As cognições disfuncionais afetam as emoções e comportamento e que também são afetadas por ela. Se o indivíduo vivenciar um evento adverso, ele ativará cognições disfuncionais, que resultaria em emoções disfuncionais[27].

Em relação aos clientes fumantes, o que se observa é que eles são, em geral, pessoas muito ansiosas. Quando eles experimentam uma sensação de ansiedade maior com possibilidade de perigo, eles subestimam os recursos pessoais para lidar com estas situações. Portanto, fumar acaba sendo uma alternativa, já que a nicotina diminui a ansiedade, e gera uma sensação de tranquilidade na situação vivenciada. Ele consegue fazer com que o fumante passe a ter atuação da ansiedade ou adie uma situação eventualmente problemática[27].

A avaliação realista e a modificação no pensamento produzem uma melhora no humor e no comportamento. A melhora duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais básicas do cliente[55].

Por exemplo, é possível que um paciente que tenha parado de fumar conviva com outros fumantes. Apesar das recomendações sugeridas, ele não consegue utilizar nenhuma estratégia de redução da influência deste

convívio durante a fase de manutenção. Conversando com ele, encontramos a crença de que se ele solicitar aos colegas ou familiares que não fumem em sua frente, ou ainda que saia do ambiente nestas ocasiões, ele estaria se tornando um “ex-fumante chato, intolerante”, como outros que conheceu enquanto era fumante. Uma vez percebida a influência desta crença, é possível intervir nela[54].

Os processos de intervenção baseados na Terapia Cognitiva enfocam prioritariamente a identificação dos pensamentos automáticos disfuncionais.

Posteriormente aos pensamentos automáticos, busca-se identificar as crenças intermediárias e as crenças centrais que o sustentam e, portanto os mantêm.

Uma vez identificado o esquema cognitivo do cliente (pensamentos e crenças) a intervenção terapêutica visa conduzir o cliente a refletir e a verificar a sua veracidade, revendo-o, testando-o e reconstruindo-o.

O uso da Teoria Cognitiva na intervenção para cessação do tabagismo tem como objetivo identificar os pensamentos automáticos, como por exemplo: “Se eu parar de fumar vou engordar”, “Se eu parar de fumar meus amigos não me aceitarão mais” e as crenças disfuncionais, como por exemplo: “O cigarro é meu melhor amigo”, “Não consigo viver sem o cigarro”, assim a Teoria Cognitiva trabalha a modificação da cognição de seus clientes. Já o comportamento tabagismo não é objetivo de trabalho da Teoria Cognitiva e é nesse contexto que a Teoria Comportamental surge para complementar a intervenção.

1.4 TEORIA COMPORTAMENTAL

As bases empíricas da Teoria Comportamental remontam ao início do século passado, partindo do pressuposto que os princípios derivados das pesquisas sobre o aprendizado animal podem ser utilizados no homem[56].

Os primeiros trabalhos identificaram dois princípios no aprendizado. O primeiro baseava-se no trabalho de Pavlov, no qual a partir de modelos animais de comportamento, foram elaborados princípios teóricos também aplicáveis para seres humanos. Este foi denominado condicionamento

clássico (primeiro princípio), que também é conhecido como condicionamento pavloviano. Posteriormente, Burrhus Frederic Skinner propôs o condicionamento operante (segundo princípio), modelo que mostrou-se extremamente importante para a compreensão da aprendizagem dos organismos[56].

Durante a evolução, os seres vivos passaram por mudanças que os tornaram o que são hoje, tornando-os mais adaptados ao mundo em que vivem, ou seja, aumentaram suas chances de sobreviver e se reproduzir. Essas modificações ocorreram tanto no aspecto anatômico, modificando suas formas, quanto no aspecto fisiológico, modificando seu funcionamento; como ocorreram em seu aspecto comportamental, modificando as formas como eles reagem ao mundo que os cerca. De certa forma, podemos dizer que os seres vivos, durante sua evolução, aprendem novas maneiras de interagir com seu mundo. No que diz respeito aos seres humanos, temos que, todos os sujeitos nascem em maior ou menor grau, preparados para se relacionar com o mundo que os cerca, ou seja, nascem com um repertório comportamental inato. Os comportamentos inatos são chamados de reflexos incondicionados[57].

Estes reflexos são uma preparação mínima que os indivíduos têm para começar a interagir com seu ambiente e para ter chances de sobreviver, são comportamentos característicos das espécies, desenvolvido ao longo de sua história filogenéticos[57].

O estímulo (S) é uma parte, ou mudança de uma parte do ambiente que elicia uma resposta (R) que é uma mudança no organismo, que pode ser representada da seguinte forma[57]:

S $\longrightarrow$ R

O S representa o estímulo que elicia ($\longrightarrow$) a resposta R.

Exemplo:

Choque no braço $\longrightarrow$ Contração da musculatura do braço.

Outra característica importante desenvolvida ao longo da história filogenética, de grande valor para sua sobrevivência, é a capacidade de aprender novos reflexos, ou seja, a capacidade de reagir de formas

diferentes a novos estímulos[57].

Ivan Petrovich Pavlov, um fisiologista russo, ao estudar reflexos biologicamente estabelecidos, observou que seus sujeitos experimentais (cães) haviam aprendido novos reflexos, ou seja, estímulos que não eliciavam determinadas respostas passaram a eliciá-las (condicionamento Pavloviano)[56].

Segundo a teoria de Pavlov, devido ao estado motivacional do animal (fome), o odor ou a visão do alimento desencadeia a salivação, como preparação fisiológica para a digestão. Trata-se do reflexo incondicionado, pois não envolve aprendizado. As propriedades do alimento que eliciam a salivação constituem-se no estímulo incondicionado (EI). Escolhe-se então, um estímulo qualquer, que nesta fase é neutro (exemplo, som de campainha) e, portanto não influía na salivação. A seguir, este estímulo neutro é apresentado ao animal precedendo o EI. Repete-se a operação várias vezes e, desta forma, Pavlov criou o que denominou processo de condicionamento associativo. Como resultado o cão passa a salivar em resposta ao som, antes mesmo de perceber o alimento. Este último pode, mesmo, ser omitido por algumas vezes, e ainda assim o som produzirá salivação. Houve assim aquisição de comportamento novo em função da experiência, a aprendizagem[56].

Portanto, o condicionamento Pavloviano permite a aprendizagem de um novo reflexo através do emparelhamento dos estímulos, ou seja, apresentar um estímulo que elicia a resposta e logo em seguida o outro que não elicia a resposta.

John Watson realizou um experimento clássico sobre condicionamento pavloviano e emoções e provou que um ser humano pode aprender a ter medo de algo que não tinha. As emoções são em grande parte relações entre estímulos e respostas. Se os organismos podem aprender novos reflexos, podem também aprender a sentir emoções (respostas emocionais) que não estão presentes em seu repertório comportamental quando nascem[57].

Ao complexar o condicionamento clássico, que estabelece relação

temporal entre estímulos, o condicionamento instrumental ou operante, formulado por Skinner, relaciona um comportamento emitido espontaneamente (resposta) com uma alteração produzida no ambiente. No condicionamento operante, os comportamentos são aprendidos em função de suas consequências.

Compreender o comportamento operante é essencial para saber como os sujeitos aprendem. O tempo todo estamos nos comportando. Alguns desses comportamentos produzem um tipo especial de consequência chamada reforço. Dizemos que uma consequência é reforço para um comportamento quando ele aumenta a probabilidade de sua ocorrência. O efeito reforço na probabilidade de ocorrência do comportamento está intimamente ligado à aprendizagem, ou melhor, um indivíduo aprendeu a fazer algo quando observamos um aumento na frequência de um dado comportamento[57].

O reforço é o elemento-chave na teoria de Skinner. Um reforçador é qualquer coisa que aumente a probabilidade do comportamento ocorrer novamente. Pode ser um elogio verbal, uma boa nota, ou um sentimento de realização ou satisfação crescente; isto é denominado de reforço positivo, o qual fortalece uma reação ao oferecer um estímulo depois de uma reação. A teoria também fala de reforçadores negativos, que é qualquer estímulo que aumente a probabilidade da resposta ocorrer, ao ser retirado. Contrário ao que se pensa, o reforço negativo não é punição, mas sim a remoção de um evento punitivo; enquanto o reforço aumenta um comportamento, a punição o diminui[57,58].

A punição se refere a um desprazer que se faz presente após um determinado comportamento não pretendido por aquele que a aplica[58].

Os comportamentos operantes nunca surgem já maduros; eles podem ser moldados em estágios sucessivos. Moldar significa possibilitar respostas cada vez mais próximas à resposta desejada[58]. Para entender o comportamento, é necessário entender que o indivíduo está vinculado ao ambiente, sofrendo efeitos da cultura e da sociedade a qual o indivíduo está inserido. Tentar intervir no indivíduo significa controlar minimamente o seu comportamento, podendo fragmentá-lo em várias etapas. Dessa maneira, o

indivíduo não precisa realizar uma mudança intensa em seu comportamento, ao realizar uma mudança em parte de seu comportamento e ao ser reforçado positivamente sobre a mudança, o sujeito estará apto a seguir em sua caminhada[58].

As consequências produzidas pelo comportamento ocorrem naturalmente no cotidiano, que, muitas vezes, não percebemos que estão presentes o tempo todo. Os indivíduos só continuam tendo uma infinidade de atitudes diárias porque determinadas consequências ocorrem. Ainda há outras atitudes que abandonamos em função de suas consequências ou, simplesmente em função de que uma consequência produzida por um determinado comportamento deixou de ocorrer. As consequências não têm influência apenas sobre comportamentos "adequados" ou socialmente aceitos, elas também mantêm ou reduzem a frequência de comportamentos inadequados ou indesejados[57].

Os processos de intervenção baseados na Terapia Comportamental enfocam prioritariamente a relação de um comportamento observado com as contingências ambientais que mantém tal comportamento.

A análise do comportamento permite a identificação das relações entre os eventos ambientais e as ações do sujeito. Para estabelecer estas relações, é necessário especificar a ocasião em que a resposta ocorre a própria resposta e as consequências reforçadoras[59].

A identificação das relações entre as variáveis ambientais e o comportamento de interesse, deve iniciar-se com a descrição da situação antecedente e da subsequente, para em seguida verificar quais destes eventos de fato exercem controle sobre a resposta analisada[60].

Com o estabelecimento das variáveis que se relacionam com o comportamento, pode-se predizer e controlar a ocorrência deste comportamento e, consequentemente, favorecer a mudança deste[59].

A Teoria Comportamental na intervenção para cessação do tabagismo tem como objetivo analisar as contingências que tendem a manter o indivíduo fumando, para isso o profissional deve realizar a análise destas contingências para entender o que reforça o comportamento de fumar.

A Teoria Cognitiva Comportamental (TCC) se constitui, portanto, na aproximação do construto teórico das teorias comportamental, da cognitivista e do conjunto de estratégias psicoterápicas decorrentes da aplicação destes conhecimentos. Os procedimentos destinam-se a modificar o pensamento distorcido bem como o comportamento disfuncional, visando contribuir para que o cliente consiga atingir suas expectativas reais de vida e alterar as emoções e comportamentos indesejados[56]. Esta abordagem também tem uma função educacional, centrada na modificação de valores e crenças que envolvem o comportamento a ser modificado[52].

A TCC é breve, objetiva e focalizada na observância de um problema específico que se deseja abordar. A intervenção acontece pela apreensão, análise e revisão das contingências e do sistema de crenças que mantém comportamentos responsáveis pelo problema em questão[52].

A abordagem baseada na TCC visa ajudar o cliente a reconhecer padrões de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Utiliza-se da argumentação sistemática e tarefas comportamentais cuidadosamente estruturadas para ajudar os clientes a avaliar e modificar tanto os seus pensamentos quanto os seus comportamentos disfuncionais[52].

Grande parte da abordagem baseia-se nos problemas apresentados no presente, e há um pressuposto de que o principal objetivo consiste em ajudar os pacientes a promover mudanças desejadas em suas vidas. Deste modo, a abordagem concentra-se na criação de oportunidades de aprendizagens que possibilitem novas crenças e novos comportamentos mais adaptativos. Esta abordagem pressupõe interação entre o cliente e o profissional de saúde, assim como responsabilidade compartilhada e equitativa entre ambos. As estratégias de intervenção e o planejamento geral da abordagem devem ser escolhidos em conjunto, assim como os problemas que serão trabalhados[52].

Na cessação do tabagismo, a TCC deve favorecer a extinção de comportamentos disfuncionais, neste caso, o uso do cigarro, e a adoção de comportamentos saudáveis para a saúde por meio de aquisição de novos comportamentos, possibilitando aos sujeitos a assumir as responsabilidades sobre sua saúde, facilitando a incorporação de comportamentos e ideias que

melhorem sua qualidade de vida. A TCC busca modificar as crenças disfuncionais e os pensamentos automáticos relacionados com o fumo.

Neste estudo, os procedimentos baseados na Teoria Cognitiva Comportamental utilizados na abordagem ao fumante, destinaram-se a modificar os pensamentos e crenças distorcidas que eles tinham em relação ao cigarro, alterar as emoções e ambientes relacionados ao fumo, modificar os reforçadores do comportamento de fumar, assim como seus contingentes.

A Teoria Cognitiva Comportamental tem sido amplamente utilizada como estratégia de abordagem ao fumante, tendo demonstrado efetividade na sua aplicação. O atendimento telefônico também tem sido utilizado como estratégia nos programas de cessação de tabagismo, tendo demonstrado resultados positivos na sua utilização, sendo assim, levanta-se a hipótese de que o atendimento telefônico estruturado com base na Teoria Cognitiva Comportamental como estratégia de cessação do tabagismo apresenta uma efetividade satisfatória.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a efetividade de um protocolo baseado na Teoria Cognitiva Comportamental, através do uso do telefone para cessação do tabagismo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar a cessação do tabagismo após o tempo controle, a intervenção telefônica e após seis meses da intervenção telefônica.
2. Verificar a diminuição do consumo de cigarros após o tempo controle e a intervenção telefônica e após seis meses da intervenção telefônica.
3. Verificar a associação das características sociodemográficas na cessação do tabagismo após a intervenção telefônica.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, prospectivo, interventivo, descritivo e correlacional.

3.1 POPULAÇÃO ESTUDO

3.1.1 Amostra

Foram incluídos no estudo 101 indivíduos.

Considerando uma efetividade de 14% para a intervenção telefônica e 3% para o grupo controle, segundo cálculo amostral obtido estatisticamente[61] são necessários 86 indivíduos para o presente estudo, considerando poder de 90% e nível de significância de 5% (Anexo 1).

3.1.2 Critérios de inclusão

Os clientes que preencheram todos os requisitos abaixo foram elegíveis para o estudo:

1. Estar matriculado na Unidade Básica de Saúde;
2. Ser fumante;
3. Ser alfabetizado;
4. Possuir telefone próprio;
5. Expressar interesse e disponibilidade de participação voluntária e esclarecida;
6. Assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido antes do início do estudo, de acordo com o regimento do comitê de ética;
7. Ter idade igual ou maior de 18 anos.

3.1.3 Critérios de exclusão

Os indivíduos que preencheram pelo menos um destes critérios, não foram incluídos no estudo:

1. Ter referido utilizar outras drogas psicoativas (pergunta 15 do anexo 2).
2. Ter indicativo de uso de bebidas alcoólicas. (CAGE anexo 4).
3. Ter referido apresentar doença psiquiátrica ou utilizar medicação psicotrópica. (perguntas 12 e 14 do anexo 2).
4. Ter referido fumar cachimbo, cigarrilhas, cigarro de palha ou outro derivado do tabaco. (perguntas 16 do anexo 2).
5. Apresentar escore inadequado (0 – 53) no Teste de alfabetização funcional para adultos na área da saúde (TOFHLA). (Anexo 5).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) situada no município de Mairiporã, no estado de São Paulo. Atualmente, presta atendimento básico do tipo ambulatorial para o tratamento de doenças crônicas, tais como hipertensão arterial, diabetes, obesidade, doenças cardíacas, doença pulmonar obstrutiva crônica entre outras por meio de abordagem individual. O atendimento compreende consultas médicas com clínico geral, ginecologista e pediatria, além do atendimento de enfermagem e de odontologista.

3.3 PROCEDIMETO DE COLETA DE DADOS

Os clientes foram informados sobre o estudo referente ao programa de cessação do tabagismo através de cartazes informativos, que foram anexados em locais visíveis na UBS. Os interessados deixaram o nome e telefone em uma lista, que ficou sob a responsabilidade da auxiliar de enfermagem da unidade, para que posteriormente, a pesquisadora realizasse o contato.

Com a lista dos interessados, a pesquisadora realizou um primeiro

contato via telefone, convocando cada interessado para participar de uma reunião, na UBS, onde foi esclarecido o funcionamento do atendimento telefônico, os objetivos e o “modus operandi” da pesquisa.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os interessados preencheram o questionário de tabagismo, o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström; na qual representou o tempo zero (T0) do estudo; e também responderam o questionário CAGE e TOFHLA. Neste momento, eles receberam as orientações básicas sobre a forma mais adequada de responder aos questionários.

A pesquisadora permaneceu no local para esclarecimento de possíveis dúvidas.

Após oito semanas da data da reunião, todos os interessados que participaram deste primeiro encontro e que preencheram os critérios de inclusão, receberam a primeira intervenção telefônica. Neste contato foi atualizado o questionário de tabagismo e o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström, na qual representou o tempo um (T1). Os dados de todos os contatos foram anotados, sendo relatado o conteúdo do atendimento, temas abordados, dificuldades apresentadas e evolução do processo de parada do tabagismo.

O questionário de tabagismo e o Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström foram preenchidos novamente no oitavo e última intervenção no qual representou o tempo dois (T2).

O preenchimento dos questionários em T1 e T2 foi realizado durante o atendimento telefônico, a pesquisadora realizou a leitura das questões e das alternativas e preencheu conforme opção de cada participante.

Para alcançar o mínimo de 86 indivíduos, a pesquisadora realizou a entrevista com 130 sujeitos, sendo formado o grupo com 101 fumantes.

Entre estes 130 indivíduos, 29 foram excluídos. Seis sujeitos foram excluídos por não possuírem telefone próprio, cinco indivíduos após participarem da reunião inicial não concordaram em participar da pesquisa, três desistiram do acompanhamento após a primeira intervenção telefônica e quinze indivíduos tiveram seus dados excluídos da pesquisa, por apresentarem algum dos critérios de exclusão já mencionados, estes quinze indivíduos receberam a intervenção telefônica proposta, porém seus dados

não fizeram parte desta pesquisa.

Cabe ressaltar que os 101 indivíduos participantes da pesquisa, foram se escrevendo de forma gradativa no programa, sendo que a reunião inicial foi realizada em seis momentos diferentes. O início da coleta de dados foi em Nov/08, estendendo-se até jun/10.

As intervenções telefônicas tiveram início em janeiro de 2009 e estenderam-se até final de dezembro de 2009, conforme figura abaixo.

Figura 2 - Distribuição temporal dos atendimentos telefônicos, Mairiporã - 2009

Nov 08	Jan 09	Fev 09	Mar 09	Abr 09	Mai 09	Jun 09	Jul 09	Ago 09	Set 09	Out 09	Nov 09	Dez 09
T0 G1	T1 IG1	IG1 T2	T1 IG2	I G2 T2	T1 I G3	IG3 T2	T1 IG4	IG4 T2	T1 IG5	IG5 T2	T1 IG6	IG6 T2
	T0 G2		T0 G3		T0 G4		T0 G5		T0 G6			

T0: Reunião inicial: Primeiro preenchimento dos questionários
T1: Segundo preenchimento do questionário (início das intervenções).
IG: Intervenções telefônicas dos grupos.
T2: Terceiro preenchimento dos questionários (término das intervenções).
G1 a G6: Grupos de participantes.

Após seis meses do término do atendimento telefônico, a pesquisadora entrou em contato com cada participante, com o objetivo de verificar a manutenção da mudança do comportamento referente ao tabagismo, este período iniciou-se em agosto de 2009 e estendeu-se até junho de 2010, conforme tabela abaixo.

Figura 3 - Distribuição temporal do contato final, Mairiporã – 2010

ago/09	out/09	dez/09	fev/10	abr/10	jun/10
G1	G2	G3	G4	G5	G6

G1 a G6: Grupos de participantes

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para atender os objetivos propostos neste estudo, foi aplicado um questionário com perguntas referentes à caracterização sociodemográfico e ao comportamento tabagismo, Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström, Test of Functional Health Literacy in Adultos e o CAGE.

3.4.1 Questionário tabagismo

Foi elaborado pela pesquisadora a partir da junção de dados referentes aos sujeitos pesquisados e aos seus hábitos relativos ao tabagismo (Anexo 2).

É composto por duas partes. A primeira parte é composta por questões relativas à identificação pessoal (idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda, estrutura familiar, cargo exercido). A segunda parte é composta por 15 questões referentes à caracterização dos hábitos de tabagismo. Três questões são de respostas abertas e as outras treze questões são de múltipla escolha. Estas questões têm como objetivo avaliar o perfil do tabagista.

3.4.2 Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström

Este teste é aplicado para estimar o grau de dependência à nicotina. É utilizado mundialmente como instrumento de avaliação em substituição a outros testes mais caros que consomem mais tempo ou são invasivos. Possui uma aplicação simples, rápida e de baixo custo[62].

Este instrumento foi desenvolvido e introduzido pelo autor em 1978, como questionário de tolerância de Fagerström. Em 1991, foi realizada a adaptação desse teste, que passou a se chamar Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström, sendo validado no Brasil, em 2002, por Carmo & Pueyo[63].

O teste se fundamenta em seis suposições com as quais estaria relacionada à dependência nicotínica e que são o reflexo fiel do

comportamento frente ao fumo, independente das interpretações pessoais[64]. Para cada alternativa das questões do teste, existe uma pontuação. A soma dos pontos permitirá a avaliação do seu grau de dependência de nicotina[62] (Anexo 3).

A pontuação pode variar de 0 a 10 pontos, sendo que a mais alta refere-se a uma dependência maior e os menores sugerindo o oposto[63].

3.4.3 CAGE

Este questionário tem como objetivo rastrear o alcoolismo. Seu desenvolvimento e uso clínico foram apresentados e descritos por Ewing, na Conferência Internacional sobre Alcoolismo, em 1970[65]. A validação do CAGE, no Brasil, foi feita por Masur & Monteiro em 1983[66].

CAGE é a junção de quatro palavras em inglês Cut-down (Redução), Annoyed (Irritação), Guilty (Culpa) e Eye-opener (bebida revigorante). É composto de quatro questões que aborda a percepção do indivíduo quanto a necessidade de parar de beber, crítica de terceiros por beber, sentimento de culpa ao beber e necessidade da bebida pela manhã[65,66]. Admite resposta do tipo sim ou não. Considera-se o resultado positivo quando há duas ou mais respostas positivas[65,55] (Anexo 4).

A aplicação deste questionário foi realizada em um único momento, durante a reunião para esclarecimento da pesquisa, para todos que manifestaram o interesse em participar. Os indivíduos que obtiveram o resultado positivo neste questionário foram excluídos do estudo.

3.4.4 TOFHLA

O Test of Functional Health Literacy in Adultos (TOFHLA short version), Teste de Alfabetização Funcional para adultos na área de saúde foi desenvolvido para avaliar a habilidade de leitura e compreensão de materiais relacionados com a saúde.

Foi validado para a população brasileira, em 2007, por Ricardo Nitrini e colaboradores, sendo considerada uma ferramenta adequada para sua finalidade[67].

É composto por treze frases, com trinta e seis lacunas em branco, das quais cada indivíduo deverá escolher entre as quatro palavras, qual é a adequada para completar a frase, também contém quatro questões numéricas. O escore do teste varia de 0-100, sendo o escore 0 –53 inadequado, 54 –66 limítrofe e 57-100 adequado[67]. (Anexo 5).

A aplicação deste teste também foi realizada em um único momento, durante a reunião para esclarecimento da pesquisa, para todos que manifestaram o interesse em participar. Os indivíduos que obtiveram o escore entre 0 e 53 foram excluídos do estudo.

3.5 INTERVENÇÃO TELEFÔNICA

A intervenção telefônica utilizou como bases teóricas a Teoria Cognitiva e a Teoria Comportamental para direcionamento da intervenção.

Os participantes da pesquisa foram acompanhados por aproximadamente dois meses, período no qual estes receberam a intervenção telefônica semanal.

Não há trabalhos que indiquem a periodicidade e o número de atendimentos ideal para a intervenção telefônica na cessação do tabagismo. Assim o protocolo deste estudo foi baseado no protocolo utilizado na intervenção presencial do Centro de Promoção da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que define sete a nove encontros semanais com duração de cento e vinte minutos para atendimentos em grupo[54]. O número de atendimentos para este estudo foi definido em oito intervenções semanais.

3.5.1 Estrutura das intervenções

A estrutura utilizada para a intervenção telefônica teve como base o modelo formulado por Judith Beck[52]. Durante todo o processo de intervenção, três métodos nortearam o atendimento, sendo estas realizadas na maior parte dos contatos. Tais métodos englobam a identificação e avaliação dos pensamentos automáticos, identificação e avaliação das crenças disfuncionais, ambas baseadas na Teroria Cognitiva e a análise funcional do comportamento, baseada na Teroria Comportamental. Estes métodos foram utilizadas em conjunto com algumas técnicas enfocadas na Teoria Cognitiva e na Teoria Comportamental, sendo estas técnicas estruturadas conforme as etapas apresentadas a seguir:

1. Abertura: Momento do início de cada atendimento.
2. Corpo do atendimento: Momento de aplicação dos métodos e das técnicas escolhidas para cada cliente.
3. Finalização: Momento do término de cada atendimento.

O primeiro contato telefônico conteve o seguinte conteúdo:

1. *Abertura*:
   - 1.1. Construção do contrato.
   - 1.2. Construção de uma aliança terapêutica segura.
   - 1.3. Atualização do estado atual do cliente: Aplicação do questionário de tabagismo e do Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström.
   - 1.4. Avaliação do problema tabagismo.
   - 1.5. Análise das dificuldades para a cessação do tabagismo e busca de alternativas.
   - 1.6. Coleta de informações adicionais sobre as dificuldades do cliente.

2. *Corpo do atendimento*:
   - 2.1. Informação ao cliente.
   - 2.2. Estabelecimento de tarefa de casa.

2.3. Estabelecimento da meta.

3. *Finalização*:
   3.1. Realização do resumo do atendimento.

O conteúdo do segundo ao sétimo contato telefônico conteve o seguinte:

1. Abertura:
   1.1. Construção de uma aliança terapêutica segura.
   1.2. Atualização do estado atual do cliente: Revisão breve do problema tabagismo e atualização dos dados.
   1.3. Ponte com o atendimento anterior.

2. Corpo do atendimento:
   2.1. Informação ao cliente.
   2.2. Estabelecimento de nova tarefa de casa.
   2.3. Revisão da tarefa de casa.
   2.4. Prevenção de recaída.
   2.5. Estabelecimento de metas.
   2.6. Ensino da técnica de distração.
   2.7. Treinamento assertivo.
   2.8. Ensino da técnica de relaxamento.
   2.9. Indicação para o uso de material suporte.
   2.10. Treinamento de habilidades e ensaio comportamental.

3. Finalização:
   3.1. Realização do resumo do atendimento.

O conteúdo do oitavo contato telefônico conteve o seguinte conteúdo:

1. Abertura:
   O conteúdo é semelhante ao desenvolvido no segundo ao sétimo contato.
2. Corpo do atendimento:
   O conteúdo é semelhante ao desenvolvido no segundo ao sétimo

contato.

3. Finalização:

3.1. Esclarecimento das dúvidas da finalização do programa.

3.2. Atualização do estado atual do cliente: Aplicação do questionário de tabagismo e do Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström.

3.3. Para os participantes que pararam de fumar, após seis meses, a pesquisadora realizou um novo contato para verificar se eles mantiveram a cessação do tabagismo.

3.4. Para os participantes que não pararam de fumar, a pesquisadora disponibilizou a possibilidade de nova inscrição no atendimento telefônico e/ou disponibilizou endereços de outros serviços que dispõem de programas para o atendimento aos fumantes.

3.5.2 Descrição dos métodos utilizados na intervenção

Para uma melhor compreensão dos métodos utilizados neste estudo, a apresentação deles foi dividida em etapas, conforme a descrição a seguir:

1. Identificação e avaliação dos pensamentos automáticos.
2. Identificação e avaliação das crenças disfuncionais.
3. Análise funcional do comportamento.

1. Identificação e avaliação dos pensamentos automáticos.

O modelo cognitivo afirma que a interpretação de uma situação frequentemente expressada em pensamentos automáticos, ou seja, os que distorcem a realidade e, influenciam as respostas emocional, comportamental e fisiológica[68].

A interpretação errônea de situações neutras ou negativas pode dificultar a mudança desejada de um comportamento. A avaliação e a correção destes pensamentos ajudam o indivíduo a sentir-se melhor e a alcançar a mudança de comportamento almejada[68].

Quando o indivíduo torna-se ciente de seus pensamentos, pode-se

realizar uma checagem da realidade com possibilidade de mudança de pensamento. Embora os pensamentos automáticos pareçam surgir espontaneamente, eles tornam-se previsíveis. O papel do profissional está voltado na identificação destes pensamentos disfuncionais e avaliá-los[68].

Estes pensamentos são frequentemente breves e o cliente normalmente está mais ciente da emoção que sente em decorrência do pensamento do que no pensamento em si[68]. Exemplo: Um sujeito pode estar ciente que está triste e decepcionado, porém inconsciente de seus pensamentos: “Eu não consigo ficar sem fumar”, “Eu sou um fraco por fumar tanto”.

Neste estudo, a pesquisadora explicou aos clientes que o pensamento influencia no sentimento e, que às vezes estes pensamentos não estão corretos, ou estão apenas parcialmente corretos.

Nesta abordagem as etapas da intervenção consistiram em: identificação dos pensamentos automáticos, avaliação destes pensamentos e realização de uma resolução quando estes eram verdadeiros.

As técnicas utilizadas para modificação dos pensamentos automáticos neste estudo foram baseadas na estruturação realizada por Judith Beck, e consistiu no trabalho das respostas referente às perguntas básicas: “O que estava passando pela sua cabeça neste momento?”, “Sobre o que você acha que estava pensando?”, “O que esta situação significou para você?”

Após a identificação dos pensamentos automáticos, a pesquisadora realizou a avaliação destes, através de uma análise em conjunto com o cliente. Verificou-se também sua validação conforme figura 4, e desenvolveu-se uma resposta mais adaptativa. Exemplos de pensamentos automáticos relatados pelos clientes: “Eu sou um fraco”, “Eu não consigo”, “O cigarro é meu melhor amigo”, “Não sou ninguém sem o cigarro”.

Figura 4 - Questionamento dos pensamentos automáticos. Judith Beck, 1993

Questionamento sobre os pensamentos automáticos
1. Quais são as evidências?
Quais são as evidências que apóiam esta idéia?
Quais são as evidências contra esta idéia?
2. Existe uma explicação alternativa?
3. O que de pior poderia acontecer? Poderia superá-lo?
O que de melhor poderia acontecer?
Qual é o resultado mais realista?
4. Qual é o efeito da crença no pensamento automático?
Qual poderia ser o efeito da mudança do pensamento?
5. O que deve ser feito em relação a isso?
6. O que se diria a um amigo se ele estivesse nesta situação?

A identificação, avaliação e resolução dos pensamentos automáticos foram realizados no decorrer dos contatos. Objetivando o ensinamento deste processo, a pesquisadora ensinou o indivíduo a realizar esta análise. Nas primeiras sessões, o profissional conduziu a análise na maior parte do tempo, incentivando o cliente a desenvolver esta habilidade de modo que, no final dos contatos, o cliente foi a figura que mais conduziu o processo.

2. Identificação e avaliação das crenças disfuncionais.

As crenças disfuncionais são as crenças ou entendimentos mais profundos que frequentemente são desarticulados, na qual o indivíduo tem sobre si mesmo, os outros e seu mundo pessoal que origina os pensamentos automáticos específicos[(69).]

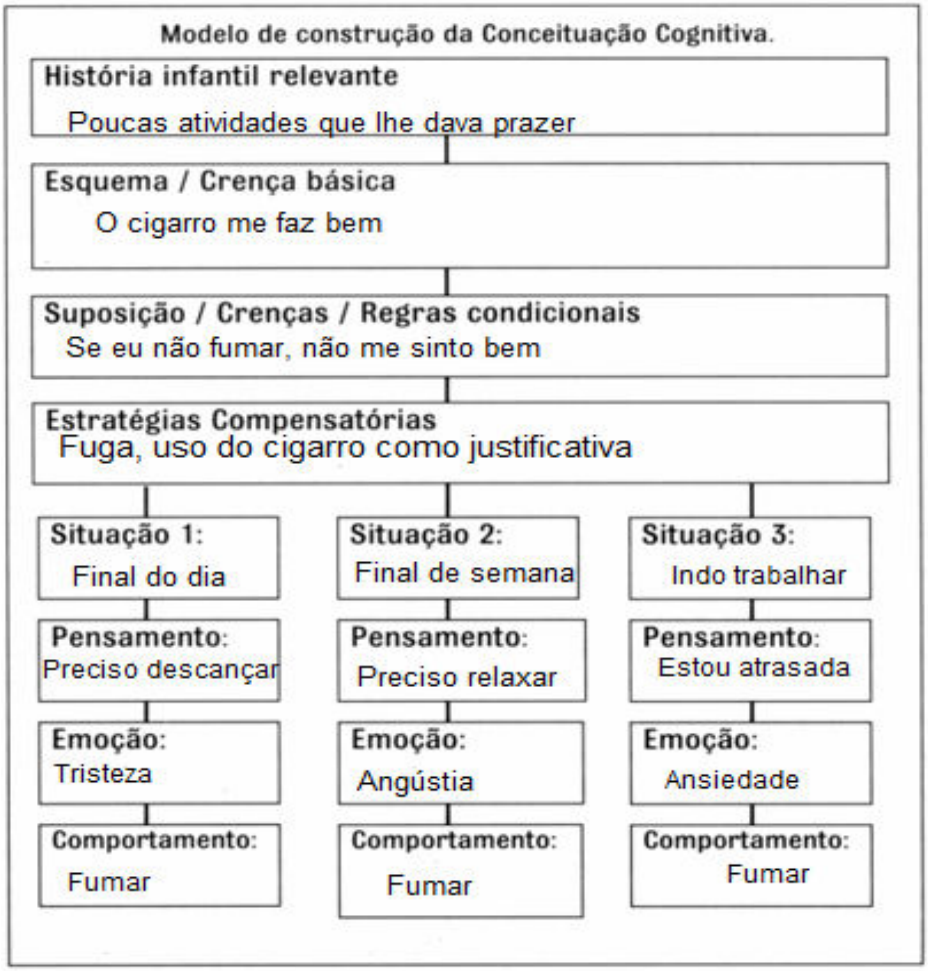
Neste estudo, para a identificação destas crenças dos fumantes, o profissional reuniu dados sobre os pensamentos automáticos, emoções e comportamentos de cada sujeito e tentou construir o Diagrama de Conceituação Cognitiva.

A Conceituação Cognitiva é uma hipótese sobre pensamentos, suposições, emoções e crenças do indivíduo. Ela pode ser reformulada no decorrer do atendimento, à medida que novas informações e evidências aparecerem, conforme figura 5[(69).]

Figura 5 - Modelo de construção da conceituação cognitiva. Terapia Cognitiva teoria e prática. 1997. Judith Beck

A pesquisadora realizou com cada cliente um Diagrama de Conceituação Cognitiva (figura 6). Este diagrama retrata o relacionamento entre as crenças e os pensamentos automáticos atuais[69]. A profissional escolheu uma crença básica que o indivíduo apresentava sobre o cigarro e as situações envolvidas com o ato de fumar, os pensamentos, emoções e comportamentos envolvidos com essa crença, permitindo assim uma análise e uma probabilidade de mudança desta crença disfuncional trabalhada.

Figura 6 - Análise da conceituação cognitiva e dos pensamentos automáticos de um dos participantes, Mairiporã - 2009



Após a identificação das crenças disfuncionais, a pesquisadora examinou junto com o indivíduo as vantagens e desvantagens de continuar tendo aquela determinada crença. Neste momento, as vantagens da crença disfuncional foram amenizadas e as desvantagens foram reforçadas, sendo assim formulada uma crença mais adaptativa. Exemplo:

Crença disfuncional: O cigarro me faz bem.

Crença adaptativa: O cigarro alivia minha ansiedade e traz consequências ruins à minha saúde.

3. Análise funcional do comportamento

A análise funcional é a identificação das relações entre os eventos ambientais e as ações do indivíduo. Para estabelecer estas relações, deve-se especificar a ocasião em que a resposta ocorre a própria resposta e as conseqüências reforçadoras. Para identificar as relações entre variáveis ambientais e o comportamento de interesse, inicia-se a descrição da situação antecedente e da subseqüente, para em seguida verificar-se quais destes eventos de fato exercem controle sobre a resposta analisada[59].

A partir de uma observação e registro do comportamento é possível identificar as condições em que ele ocorre e encontra seus determinantes. Uma vez encontrado os determinantes do comportamento, é possível predizê-lo, prever a sua ocorrência, e controlá-lo, ou seja, aumentar ou diminuir a probabilidade da ocorrência de uma resposta e princípios básicos de análise comportamento[59].

Neste presente estudo, o comportamento fumar foi registrado através da técnica de auto monitoração. Sua utilização no início do acompanhamento salienta a natureza cooperativa e de autoajuda. Essa técnica é flexível, podendo ser aplicada a uma grande variedade de problemas explícitos e encobertos, podendo proporcionar informações sobre muitos aspectos dos comportamentos disfuncionais[71].

Este registro engloba duas fases: na primeira, o indivíduo nota a ocorrência do comportamento a ser trabalhado; na segunda, ele registra as contingências em que este comportamento ocorreu[56]. A auto monitoração escolhida neste estudo foi o uso do diário, que incluiu contadores de frequência e autoavaliação[56,71].

Neste estudo, o diário foi composto pelas seguintes informações: registro da hora, local e a quantidade de cigarros que a pessoa fumou. Também houve a descrição do comportamento anterior e posterior ao ato de fumar, conforme figura 7.

Figura 7 - Diário de um cliente do programa de intervenção telefônica, Mairiporã- 2009

Hora	Local	Comportamento anterior	Nº Cigarros	Comportamento posterior
07:00	Rua	Caminhando para trabalho	1	Caminhando para trabalho
08:40	Carro	Dirigindo	1	Esperando no carro
09:50	Estacionamento	Esperando a patroa no carro	1	Esperando a patroa no carro
10:20	Carro	Dirigindo	1	Descarregando o carro
11:30	Quintal	Almocei	1	Descansando

3.5.3 Descrição das técnicas da intervenção telefônica

As técnicas estão descritas abaixo, conforme as etapas mencionadas anteriormente.

1. Técnicas utilizadas na abertura:

1.1. Construção do contrato.

A construção do contrato do atendimento foi iniciada no primeiro contato telefônico. Foi abordado a frequência das ligações e estipulado um agendamento do horário de atendimento. Neste momento, foi reforçada a importância do cumprimento deste horário pré-estabelecido, sendo informado que duas faltas (não recebimento da ligação telefônica) consecutivas ou três faltas alternadas caracterizariam a desistência do cliente ao programa. Também foram abordadas as responsabilidades do pesquisador e do participante.

1.2. Construção de uma aliança terapêutica segura.

A aliança terapêutica deve ser construída com segurança, cordialidade, empatia, atenção, respeito e competência[72]. No primeiro contato, iniciou-se a construção desta aliança, sendo abordada a questão do sigilo e duração prevista do contato e do processo de atendimento.

Os clientes sentem-se valorizados e entendidos quando é demonstrada empatia, compreensão dos seus problemas e idéias, através de perguntas e declarações atenciosas[72].

1.3. Ponte com o atendimento anterior.

Saber o que será indagado sobre o atendimento anterior motiva o cliente a se preparar para atendimento atual, pensando sobre o atendimento na semana[73].

A partir do segundo contato, foi estabelecida uma ponte com o atendimento anterior, resgatando os pontos mais importantes do atendimento já realizado.

1.4. Atualização do estado atual do cliente.

A partir do segundo contato, após a ponte com o contato anterior, foram atualizadas as informações principais sobre o comportamento de fumar.

Esta atualização permitiu à pesquisadora uma análise do processo, direcionando o atendimento.

1.5. Avaliação problema.

A avaliação do problema deve conter a investigação da origem e o curso deste, assim como todos os tratamentos prévios recebidos e a medicação que o cliente utiliza[72].

Para todos os clientes foi realizada esta avaliação. As situações nas quais eram mais prováveis que ocorressem o ato de fumar foram avaliadas juntamente com as cognições envolvidas neste comportamento.

1.6. Análise das dificuldades para a cessação do tabagismo e busca de alternativas.

As dificuldades apresentadas pelos clientes nas tentativas anteriores para cessação do tabagismo ou aquelas que eles supunham ter que enfrentar no processo, foram levantadas e analisadas. O objetivo desta análise foi encontrar junto com cada indivíduo, alternativas de superação destas dificuldades, minimizando o impacto negativo que elas pudessem causar.

2. Técnicas utilizadas no corpo do atendimento:

2.1. Informação e orientação ao cliente.

As informações sobre o modelo de atendimento, avaliação do problema de forma a ajudá-lo a compreender de maneira mais real suas dificuldades, o início da desmistificação das interpretações catastróficas e a obtenção de uma sensação de maior domínio e controle sobre o problema facilitam o processo de atendimento[(74).]

Durante os atendimentos foram abordados os malefícios do cigarro, benefícios da cessação, formas de parada e como realizá-las. Estas informações tiveram como referencial teórico a literatura referente à promoção da saúde e seu conteúdo encontra-se no apêndice 1.

As orientações fornecidas ao cliente podem produzir um considerável alívio no indivíduo e induzir seu envolvimento cooperativo, fundamental no processo de atendimento[(74).]

2.2. Estabelecimento da tarefa de casa.

As tarefas de casa proporcionam oportunidades para o indivíduo educar-se, colher dados e testar os pensamentos e as crenças para modificar os pensamentos, praticar as ferramentas cognitivas e comportamentais e experimentar comportamentos novos. A tarefa de casa

pode maximizar o que foi aprendido no atendimento e conduzir para um aumento no sentimento de autoeficácia do cliente[74].

As atividades foram escolhidas junto com cada participante, conforme o andamento do processo de atendimento.

Algumas atividades que foram solicitadas no decorrer dos atendimentos: aprimoramento da lista de metas, leitura sobre o tema, leitura das anotações do atendimento, registro dos pensamentos, sentimentos e crenças, modificação de alguns objetos no ambiente e modificação de algumas rotinas.

2.2. Revisão da tarefa de casa.

A revisão em cada atendimento reforça este comportamento e comunica o valor do trabalho entre os atendimentos. Se a tarefa não é revisada, o indivíduo pode começar a acreditar que isso não é importante e a adesão à realização da tarefa pode cair consideravelmente[75].

A partir do segundo atendimento, a tarefa de casa foi revisada.

2.3. Prevenção de Recaída.

A prevenção de recaída é um programa de auto manejo que visa melhorar o estágio de manutenção do processo de mudança de comportamentos. É necessário explorar as crenças e os comportamentos que facilitam a manutenção do comportamento. Conforme o modelo da prevenção de recaída, diante de uma situação de alto risco, existem duas possibilidades: a resposta de enfrentamento ou nenhuma resposta de enfrentamento. Na primeira possibilidade, a cada vez que o indivíduo tem resposta adequada que o proteja do uso de droga, há aumento da autoeficácia (avaliação positiva sobre sua própria capacidade de atingir uma meta). Com isso, diminui a probabilidade de recaída. No caso contrário, a falta de resposta de enfrentamento leva a uma diminuição da autoeficácia que, associada a cognições disfuncionais sobre os efeitos da droga, leva ao uso inicial e aumenta a probabilidade de recaída[76].

A prevenção de recaída foi realizada ao longo da terapia.

Os problemas em reduzir os atendimentos e o término do processo devem ser abordados como quaisquer outros problemas[77]. Nesta pesquisa, estes problemas foram abordados nos últimos atendimentos.

A pesquisadora junto com o cliente verificou os mecanismos de adaptação ao meio sem cigarro, conforme a realidade de cada indivíduo. Nesta fase, foram sugeridas algumas mudanças na rotina, como por exemplo: evitar o excesso de café e álcool entre outros.

2.4. Estabelecimento de metas.

A escolha das metas é uma questão de valores e preferências pessoais e a pesquisadora deve respeitar sempre as decisões do indivíduo, embora deva mostrar a sua opinião quando necessário, deve abrir um leque de opções para o indivíduo, auxiliando-o a produzir várias possibilidades de ação, analisando as consequências positivas e negativas de cada uma e então, aceitar a decisão do cliente[78].

No primeiro contato, a pesquisadora verificou com cada participante as metas a serem trabalhadas e juntamente com ele, escolheu a mais apropriada para a cessação do tabagismo, conforme a realidade de possibilidades de cada um.

2.5. Ensino da técnica de distração.

Muitos indivíduos acabam fumando pela ansiedade. A ansiedade pode levá-los a experimentar em imagens ameaçadoras recorrentes, seja de um acontecimento passado traumatizante, seja uma cena imaginativa[79]. A ansiedade pode incentivá-los a fumar com maior frequência.

A técnica de distração pode ser eficaz no controle da ansiedade. Pode ser empregada com a solicitação para que o indivíduo centre fortemente ou ilimitadamente seus pensamentos em algum objeto externo. Pode tomar outras formas, como o exercício físico ou dedicar-se em outra atividade, por exemplo, as atividades manuais, crochê, tricô, pintura, entre outras[79].

Estas estratégias foram indicadas para o cliente com o objetivo de reduzir a ansiedade, proporcionando diminuição ou extinção do ato de fumar. Para as mulheres as técnicas mais propostas e realizadas foram as atividades manuais como o crochê e artesanatos. Já para os homens as atividades foram a pintura, jardinagem e manuseio de madeiras.

2.6. Treinamento assertivo.

O treinamento assertivo implica na identificação das situações problemas, seguida da modelação de respostas mais apropriadas e eficazes. O treinamento das novas respostas comportamentais implica em que a pesquisadora represente o papel da pessoa com o qual o cliente tem problemas e que este pratique suas próprias respostas[(79).]

Isso foi realizado em algumas situações problemáticas levantadas pelo fumante, estas englobavam problemas entre o participante com o marido, namorados, filhos e chefias.

2.7. Ensino da Técnica de relaxamento.

O relaxamento é um processo psicofisiológico de caráter interativo, onde o fisiológico e o psicológico interagem, sendo partes integrantes do processo[(80).]

A pesquisadora ensinou o cliente como ele poderia realizar a técnica de relaxamento progressivo, que consiste em exercícios de tensão e relaxamento de alguns grupos musculares.

O objetivo foi ensiná-lo a relaxar, para que ele pudesse aplicar esta técnica nos momentos de maior ansiedade e fissura pelo cigarro.

2.8. Indicação para o uso de material suporte.

O uso de materiais escritos pode auxiliar os indivíduos a modificar seus comportamentos, pensamentos e sentimentos. Os requisitos para uma utilização com êxito excluem habilidades de leitura que sejam compatíveis com o nível de leitura apresentada[(81).]

A pesquisadora informou os locais de acesso aos materiais sobre o tabagismo de acordo com realidade de cada participante. Foi indicado sites, livros e materiais disponíveis na UBS.

2.9. Treinamento de habilidades e ensaio comportamental.

A falta de habilidade para lidar com algumas situações específicas pode dificultar a manutenção do novo comportamento.

As principais dificuldades de habilidade acontecem nas seguintes situações: sentimentos negativos, assertividade, fazer críticas, receber críticas, comunicação, recusar droga, dizer não, socialização, frustrações, adiar prazeres, reconhecer e enfrentar situações de risco, fissura e realizar um planejamento[(81).]

O ensaio comportamental é a reprodução motora de palavras e ações do comportamento utilizado para problemas interpessoais, com o objetivo de praticar e reter respostas mais adequadas ao contexto antes da exposição fora do atendimento. Com essa representação é possível adquirir maior repertório de respostas e fortalecer os comportamentos já existentes[(82).]

Também é utilizado para o cliente mostrar o que normalmente faz em uma circustância específica, para levantar as dificuldades que permeiam algumas situações, para simular possíveis consequências negativas que possam ocorrer com determinado comportamento e é útil para reviver um episódio que gerou consequências emocionais danosas[(82).]

Pode-se modelar qualquer habilidade, na qual o cliente seja deficiente e, logo, fazer com que o cliente ensaie até dominá-la. Por exemplo, pode-se ensinar o cliente a descrever os antecedentes e os consequentes, através da modelação de descrições apropriadas e empregando exemplos familiares a ele[(81).]

Neste estudo esta técnica foi empregada em pelo menos dois atendimentos. O cliente escolhia uma situação específica na qual o mesmo apresentava dificuldades em lidar e a pesquisadora em conjunto com ele realizava a representação da situação com o objetivo de aumentar o repertório de respostas e comportamentos para aquela situação.

3. Técnicas utilizadas na finalização do atendimento

3.1. Resumo do atendimento.

No final de cada atendimento, a pesquisadora realizou um resumo dos temas abordados. Após a terceira abordagem, a pesquisadora incentivou o cliente a realizar estes resumos.

3.2. Esclarecimentos de dúvidas.

As dúvidas foram sendo esclarecidas durante todo o atendimento telefônico, e no final de cada atendimento, a pesquisadora questionou se o fumante tinha alguma dúvida, caso fosse positivo, ele era esclarecido no mesmo momento.

3.5.4 Habilidades necessárias para atendimento telefônico

A habilidade necessária para o atendimento telefônico requer treinamento específico dos profissionais de saúde, pois algumas competências são comuns na intervenção face à face, e outras são específicas.

Habilidades comuns na intervenção telefônica e presencial[83]:

- Empatia;
- Capacidade de escuta;
- Capacidade de fornecer informação isenta de julgamentos, valores e opiniões pessoais;
- Auto consciência em relação a seus próprios preceitos relativos a grupos sociais ou a comportamentos desviados da norma hegemônica;
- Capacidade de transmitir informações de forma clara e objetiva;

- Capacidade de adequar informações, considerando as particularidades dos clientes;
- Capacidade de perceber qual é a preocupação principal do cliente e orientar a intervenção de ajuda em função dela.

Competências específicas para intervenção telefônica[83]:

- Capacidade de captar informações por meio da entonação da voz, (uma parte importante da escuta é perceber o que não é diretamente expresso);
- Respeitar o silêncio, sabendo quando e como interrompê-lo, mantendo atenção na última coisa que foi dito;
- Saber controlar o tempo da chamada e a própria chamada;
- Saber lidar com as chamadas difíceis, não se deixando manipular e repetindo a mesma informação;
- Saber reconhecer quando e como terminar uma chamada.

Essas competências foram necessárias para que a qualidade do atendimento telefônico fosse satisfatória, além destas ajudarem na criação e manutenção do vínculo entre a pesquisadora e o participante da pesquisa.

3.6 PROCEDIMENTO ÉTICO

Este projeto de pesquisa foi primeiramente submetido à análise do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no qual foi aprovado sob número 682/2007/CEP – EEUSP (Anexo 6).

Somente após a aprovação pelo Comitê e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Pesquisa (Anexo 7) pelos clientes é que iniciou-se a coleta de dados.

3.7 TESTE PILOTO

Antes do início da coleta oficial dos dados, a pesquisadora realizou a aplicação dos instrumentos utilizados nesta pesquisa para cinco fumantes a fim de permitir a familiarização dela com os instrumentos, e de verificar a compreensão das perguntas por parte dos sujeitos envolvidos no estudo. Também foi realizada a intervenção telefônica individual com estes cinco participantes. Esta intervenção consistiu nos oito atendimentos telefônicos, realizados semanalmente, com duração média de 50 minutos por atendimento. Esta estratégia permitiu a pesquisadora um melhor planejamento metodológico para a intervenção e posterior coleta de dados oficial.

Estes fumantes foram escolhidos por sorteio entre os primeiros inscritos na lista da UBS. A intervenção foi realizada, mas os dados destes participantes não foram incluídos na amostragem final deste estudo.

3.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Constitui-se da análise descritiva e comparativa dos dados.

3.8.1 Análise descritiva

Para as variáveis quantitativas foi realizada a análise através da observação dos valores mínimos e máximos, e do cálculo de médias, desvios-padrão e medianas.

3.8.2 Análise comparativa

Para testar a hipótese da efetividade da intervenção telefônica na cessação do tabagismo nas variáveis qualitativas, foram aplicados os seguintes testes:

1. Teste não-paramétrico de McNemar.

Esta prova é particularmente aplicável nos planejamentos do tipo "antes-e-depois", em que cada indivíduo é utilizado como seu próprio controle[61]. Cada participante da pesquisa serviu como seu próprio controle, utilizando-se da mensuração, para avaliar as alterações da situação "após" em relação à situação "antes". O nível de significância utilizado para este teste foi de 5%.

2. Teste não-paramétrico de Friedman.

Teste utilizado na comparação de dados resultantes da mesma amostra em dois momentos distintos, no esquema "antes-e-depois". Constitui uma aproximação não paramétrica que permite testar diferenças em uma mesma amostra de respondentes que tenham sido mensurados sob, pelo menos, duas condições distintas[61]. O nível de significância utilizado para este teste foi de 5%.

3.8.3 Análises associativas:

Para testar a associação das características sociodemográficas na efetividade da intervenção telefônica, no resultado do teste de Fagerström e para testar a associação do resultado cessação de tabagismo com as perguntas do teste de Fagerström, foi utilizada a Prova exata de Fisher.

Para testar a associação do resultado, cessação de tabagismo com as variáveis do comportamento em relação ao tabagismo: número de tentativas, sexo dos participantes, problema de saúde geral, tempo que fuma e fatores decisivos para parar de fumar foram utilizados os testes estatísticos: Prova exata de Fisher, Chi - Square e Marin Whitney.

4 RESULTADOS

Para uma melhor compreensão dos dados segundo os objetivos propostos, a apresentação dos resultados foi dividida em etapas, conforme a descrição a seguir.

4.1. Apresentação descritiva dos dados.

4.1.1. Caracterização dos dados sociodemográficos do grupo da pesquisa.

4.1.2. Caracterização dos contatos telefônicos.

4.1.3. Distribuição dos indivíduos conforme o tempo que fuma.

4.2. Comparação entre os Indicadores de mudança de comportamento nos momentos T0, T1 e T2.

4.2.1. Distribuição da quantidade de cigarros fumados por dia.

4.2.2. Redução do número de cigarros fumados por dia.

4.2.3. Cessação do tabagismo após intervenção.

4.2.4. Resultado do Teste de dependência à nicotina: Fagerström.

4.2.5. Descrição das perguntas do Teste de Fagerström.

4.3. Comparação entre os Indicadores de mudança de comportamento do grupo que cessou o tabagismo, após a intervenção telefônica nos momentos T0, T1, T2 e T3.

4.3.1. Distribuição da quantidade de cigarros fumados por dia.

4.3.2. Redução do número de cigarros fumados por dia.

4.3.3. Teste de dependência à nicotina: Fagerström.

4.3.4. Descrição das perguntas do Teste de Fagerström.

4.4. Motivadores para cessação do tabagismo.

4.4.1. Presença de tentativa anterior de cessação do tabagismo.

4.4.2. Quantidade de tentativa anterior de cessação do tabagismo.

4.4.3. Presença de motivo, exceto problema de saúde, que incentivaram o cliente na cessação do tabagismo.

4.4.4. Presença de doença relacionada com o tabagismo.

4.4.5. Fatores decisivos para cessação do tabagismo.

4.4.6. Presença e problemas de saúde geral.

4.5. Influências das características sociodemográficas na efetividade da intervenção.

4.6. Associação do resultado na cessação de tabagismo com as variáveis do comportamento em relação ao tabagismo.

4.7. Associação do resultado na cessação de tabagismo com as perguntas do teste de Fagerström.

4.8. Influência do tempo da intervenção telefônica na cessação do tabagismo.

4.1 APRESENTAÇÃO DESCRITIVA DOS DADOS

Os dados descritivos se referem à caracterização sociodemográfica do grupo da pesquisa, da caracterização dos contatos telefônicos e distribuição dos indivíduos conforme o tempo que fuma.

4.1.1 Caracterização dos dados sociodemográficos

A caracterização sociodemográfica foi obtida a partir dos resultados da investigação das variáveis: sexo, faixa etária, situação conjugal, estrutura familiar, ocupação, renda familiar, renda per capita e escolaridade.

No grupo estudado, observou-se o predomínio do sexo feminino, sendo composto por 70 (69,3%) de mulheres e 31 (30,7%) de homens.

Com relação à idade dos participantes, a idade mínima foi 18 anos e a máxima foi 64 anos, sendo que, a faixa etária predominante foi constituída de 35 (34,7%) indivíduos entre 40 e 49 anos, seguida de 24 (23,8%) na faixa de 50 a 59 anos; 20 (19,8%) participantes entre 18 e 29 anos; 17 (16,8%) na faixa entre 30 e 39 anos e 5 (4,9%) acima de sessenta anos.

Ao verificar a situação conjugal do grupo, obteve-se o predomínio de indivíduos casados 62 (61,4%), seguido de 21 (20,8) solteiros; 15 (14,9) divorciados e 3 (3,0) com outras situações.

Com relação à estrutura familiar, houve predomínio de indivíduos que residem com companheiro(a) e filho(s) 60 (59,4%), seguido de 18 (17,8%) participantes que residem apenas com os pais ou apenas com o(s) filho(s); 3 (3%) residem sozinhos e 2 (2%) que residem com companheiro(a) sem filhos.

Ao analisar a distribuição dos clientes segundo a ocupação, obteve-se o predomínio de clientes, 41 (40,7%), que cuidavam da casa (prendas do lar), seguido de 39 (38,6%) indivíduos com vínculo empregatício; 16 (15,8) que eram autônomos e 5 (4,9%) eram aposentados. Entre os participantes que possuíam vínculo empregatício, os cargos mencionados variaram entre caseiro, costureira, secretária, auxiliar de enfermagem, motorista, balconista, taxista, operador de telemarketing, operador de máquinas, vidraceiro, ajudante geral, pintor, entre outros.

A distribuição segundo a renda familiar, variou de até R$1.000,00 com 32 (31,7%) indivíduos, até a renda acima de R$8.000,00 com 1 (1%) indivíduo. A predominância foi de 48 (47,5%) clientes com renda entre R$2.000,00 e R$ 3.000,00. Obteve-se também 15 (14,9%) clientes com renda de R$ 3.001,00 à R$5.000,00 e 5 (4,9%) participantes com renda de R$ 5.001,00 à R$8.000,00.

Pela renda familiar referida e pelo número de dependentes desta renda, pode-se calcular a renda per capita de cada participante. Observa-se que houve predominância de participantes 82 (81,2%) com uma renda per capita entre R$ 501,00 e R$ 1.000,00, seguido de 15 (14,8%) com renda de até R$500,00; 3 (3%) com renda per capita entre R$ 1.0001,00 e R$ 2.000,00 e apenas 1 (1%) com renda acima de R$ 2.000,00.

Com relação à escolaridade, houve predomínio de indivíduos que não terminaram o ensino médio 54 (53,5%), seguido de 26 (25,7%) de clientes que completaram o ensino fundamental; 18 (17,8%) terminaram o ensino médio e 3 (3%) que ingressaram no ensino universitário, porém ainda não terminaram.

4.1.2 Caracterização dos contatos telefônicos

Todos os clientes receberam uma ligação após dois meses do contato inicial presencial. Esta ligação teve como objetivo a atualização dos dados de cada participante. Esta ligação teve duração média de vinte e dois minutos.

Após esta ligação, todos os participantes da pesquisa receberam oito ligações semanais. A duração média dos contatos telefônicos foi de quarenta minutos para o primeiro até o sétimo contato, e cerca de cinquenta e cinco minutos para o último contato. No último contato, houve novamente o preenchimento do questionário da pesquisa, explicando o aumento da média da duração da ligação. Entre todas as ligações, o menor tempo de ligação foi de vinte e cinco minutos e o maior tempo foi de setenta e cinco minutos.

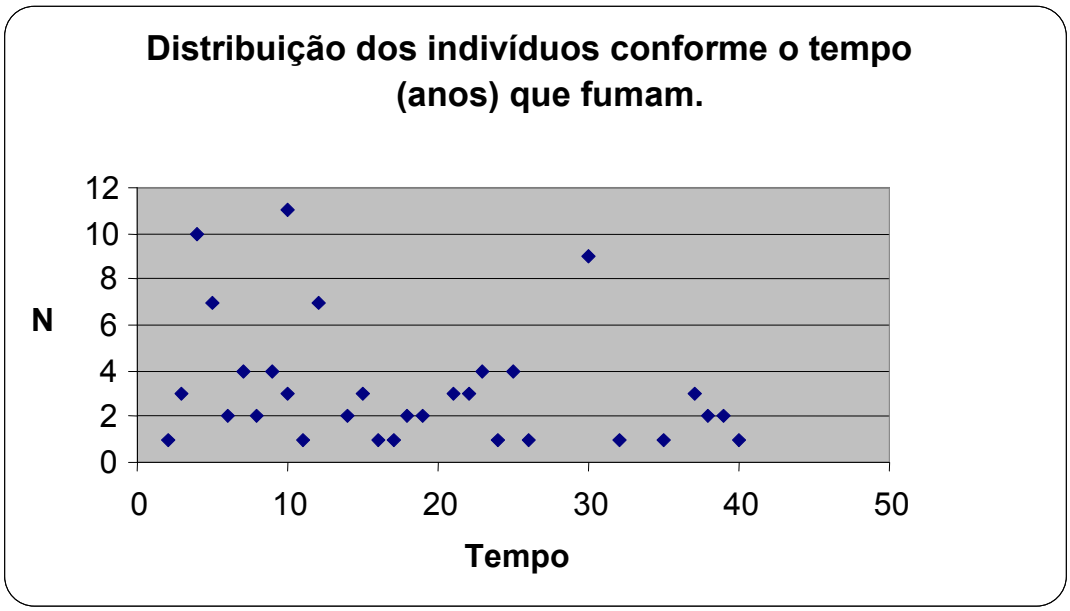
Para a obtenção do sucesso do primeiro contato telefônico, a média de tentativas foi de 2,4 tentativas por sucesso. Após o primeiro contato, esta

média diminuiu para 1,3. Esta queda pode ser explicada pelo fato da pesquisadora agendar o dia e o horário do próximo atendimento em cada contato com o cliente.

4.1.3 Distribuição dos indivíduos conforme o tempo que fumam.

O tempo de fumo variou de dois a quarenta anos, sendo a média de 16,2 anos com desvio-padrão de 10,8 anos e mediana de doze anos.

Figura 8- Distribuição dos indivíduos conforme o tempo que fumam. Mairiporã. 2009



4.2 Comparação entre os Indicadores de mudança de comportamento nos tempos T0, T1 e T2

Os indicadores de mudança de comportamento utilizados neste estudo foram: quantidade de cigarros fumados por dia, redução do número de cigarros fumados por dia, resultado do Teste de Fagerström. As perguntas do teste de Fagerström foram descritas individualmente. O T0 corresponde ao tempo 0, momento do preenchimento do primeiro questionário, o T1 corresponde ao momento do preenchimento do questionário pela segunda vez, após 2 meses do contato inicial, sem a intervenção telefônica e o T2 corresponde ao terceiro preenchimento do questionário realizado após a finalização da intervenção telefônica.

4.2.1 Distribuição da quantidade de cigarros fumados por dia

Em relação à quantidade de cigarros fumados por dia, a média de cigarros no tempo 0 foi de 17,28, sendo a quantidade mínima de 5, a máxima de 30 e a mediana de 20 cigarros, desvio padrão 5,47. No tempo 1, a média foi de 17,29 sendo a quantidade mínima, máxima e mediana igual ao momento 0 e o desvio padrão foi de 5,40. Através da tabela 1, ao compararmos a diferença entre os tempos 0 e 1, observa-se uma discreta mudança, não sendo esta estatisticamente significativa.

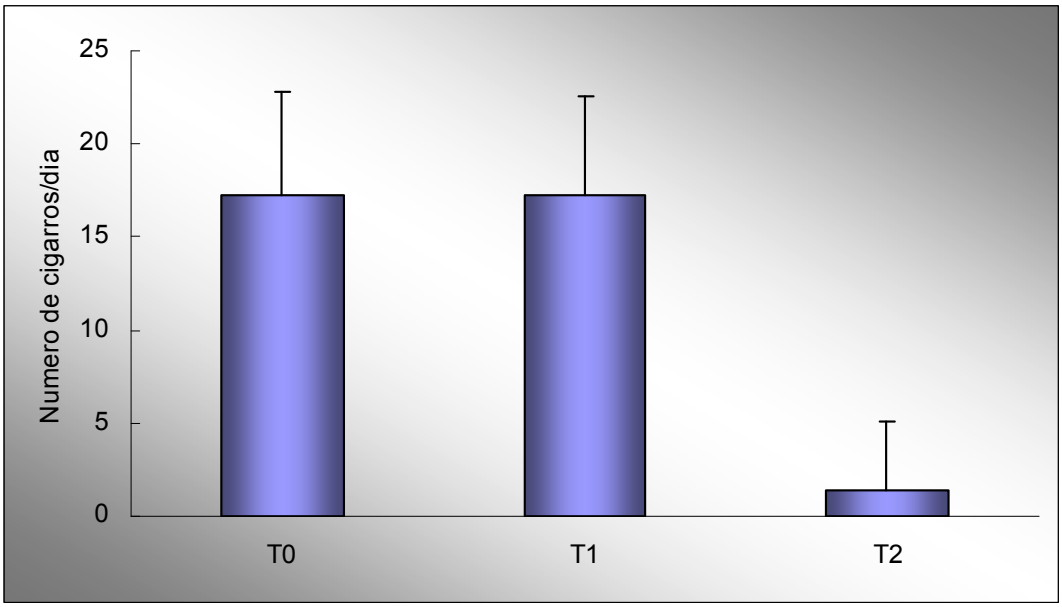
No tempo 2 a média foi de 1,45 cigarros por dia, sendo o mínimo 0, o máximo 20, a mediana 20 cigarros, e o desvio padrão 3,69. Através da tabela 1, ao compararmos a mudança entre o tempo 1 e 2, pode-se observar um decréscimo significativo, sendo esta mudança estatisticamente significativa.

Tabela 1- Distribuição do grupo nos tempos estudados, conforme quantidade de cigarros fumados por dia, Mairiporã - 2009

Nº Cigarros	T0		T1		T2	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	0	0	0	0	68	67,3
1	0	0	0	0	11	10,9
2	0	0	0	0	8	7,9
3	0	0	0	0	3	3,0
5	3	3	3	3	6	5,9
10	15	14,9	16	14,9	1	1,0
12	5	5	4	5	0	0,0
15	23	22,8	23	22,8	2	2,0
18	0	0	1	0	0	0,0
20	46	45,5	45	45,5	2	2,0
25	3	3	4	3	0	0,0
30	6	5,9	5	5,9	0	0,0
Total	101	100,0	101	100	101	100

Entre T0 – T1: $p > 0,05$
Entre T1 – T2: **$p < 0,001$**
Friedman $p < 0,05$

Figura 9: Distribuição do grupo nos tempos estudados, conforme quantidade de cigarros fumados por dia nos tempos T0, T1, T2. Mairiporã - 2009



Através da figura 9, observa-se que no tempo T0 e T1 a quantidade de cigarros fumados por dia é semelhante, no tempo T2 observa-se um considerável decréscimo da quantidade de cigarros, sendo esta mudança estatisticamente significativa.

4.2.2 Redução do número de cigarros fumados por dia

Através da tabela 2, observa-se que no tempo 0, 12 (11,9%) dos casos reduziram a quantidade de cigarros fumados por dia e no momento T1 houve um aumento de 2 indivíduos. Esta alteração não é significativa estatisticamente.

Já no momento T2, todos os casos reduziram a quantidade de cigarros fumados por dia, comparado ao momento T1 temos um acréscimo de 87 indivíduos, sendo esta mudança estatisticamente significativa.

Tabela 2 - Distribuição do grupo segundo o tempo estudado, conforme a redução do número de cigarros fumados por dia, Mairiporã - 2009

Redução Cigarros	T0		T1		T2	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	12	11,9	14	13,9	101	100
Não	89	88,1	87	86,1	0	0
Total	101	100	101	100	101	100

Entre T0 – T1: p=0,157
Entre T1 – T2: **p< 0,001**
McNemar p < 0,05

4.2.3 Cessação do tabagismo após intervenção telefônica.

Tabela 3 - Distribuição do grupo nos tempos estudados, conforme a cessação do tabagismo, Mairiporã - 2009

Cessação do tabagismo	T1		T2		T3	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	0	0	68	67,3	38	37,6
Não	101	100	33	32,7	63	62,4
Total	101	100	101	100	101	100

Entre T0 – T1: **p=0,001**
Entre T1 – T2: **p=0,001**
McNemar p < 0,05

Através da tabela 3, observa-se que entre os 101 participantes do estudo, 68 (67,3%) dos indivíduos encontravam-se sem fumar logo após a intervenção telefônica (T2), sendo este resultado estatisticamente significativo. Após seis meses (T3), este número reduziu para 38 (29,7%), havendo, portanto 30 clientes que voltaram a fumar.

4.2.4 Resultado do Teste de dependência à nicotina: Fagerström.

Os clientes que já haviam parado de fumar no momento T2 responderam as questões do teste de Fagerström, baseado no comportamento da última semana antes da cessação do tabagismo.

Tabela 4 - Distribuição do grupo nos tempos estudados, conforme o resultado do teste dependência à nicotina, Mairiporã - 2009

	T0		T1		T2	
Fagerström	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muito baixo (0-2)	18	17,8	18	17,8	100	99,0
Baixo (3-4)	14	13,9	14	13,9	1	1,0
Médio (5)	25	24,8	25	24,8	0	0
Elevado (6-7)	33	32,7	33	32,7	0	0
Muito elevado (8-10)	11	10,9	11	10,9	0	0
Total	101	100	101	100	101	100

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
McNemar $p < 0,05$

Através da tabela 4, observa-se que não houve mudança no resultado do teste de Fagerström entre os momentos T0 e T1. Entre os momentos T1 e T2 observa-se a migração da pontuação para o resultado muito baixo. Um indivíduo que no momento T1 obteve o resultado muito elevado migrou para o resultado baixo e todos os outros indivíduos migraram de seu resultado muito elevado 10 (9,9%), elevado 33 (32,7%), médio 25 (24,8%) e baixo 14 (13,9%) para o muito baixo.

4.2.5 Descrição das perguntas do Teste de Fagerström

As perguntas que constituem o teste de Fagerström também foram trabalhadas separadamente, seus resultados foram descritos a seguir.

Tabela 5 - Distribuição do grupo nos tempos estudados conforme pergunta 1* do Teste de Fagerström, Mairiporã - 2009

	T0		T1		T2	
Tempo após acordar	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dentro de 5 minutos	12	11,9	12	11,9	0	0
Entre 6 e 30 minutos	65	64,4	65	64,4	0	0
Entre 31 e 60 minutos	10	9,9	10	9,9	2	2,0
Após 60 minutos	14	13,9	14	13,9	99	98,0
Total	101	100	101	100	101	100

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
McNemar p < 0,05

* Pergunta 1: Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Através da tabela 5, observa-se que no tempo 0 houve um predomínio de indivíduos, 65 (64,4%), que após acordar demoravam entre 6 a 30 minutos para fumar, seguido de 14 (13,9%) que fumavam após 60 minutos, 12 (11,9%) casos dentro de 5 minutos e 10 (9,9%) indivíduos entre 31 e 60 minutos. Não houve alteração no momento T1.

No tempo 2, a predominância ficou no tempo após 60 minutos com 99 (98%) sujeitos, comparado ao momento T1 temos um aumento de 85 (84,2%) dos indivíduos, sendo esta mudança estatisticamente significativa.

Esta pergunta refere-se ao tempo de fumar o primeiro cigarro após acordar e avalia quão rápido o fumante necessita de um cigarro pela manhã, revelando a intensidade da “fissura” (episódios transitórios de desejo intenso de fumar). A nicotina tem vida média relativamente curta, assim os fumantes dependentes terão, ao acordar, baixo nível sérico dela e experimentarão sintomas de abstinência se não fumarem rapidamente seu primeiro cigarro do dia. Essa pergunta é um bom preditor da dependência nicotínica[64]. No grupo estudado, observa-se que no momento T0 e T1 a maior parte dos

indivíduos (77, 76,2%) necessitava do cigarro em um período curto após acordar (até 30 minutos), predizendo uma dependência à nicotina. Já no memento T2, após a intervenção, observa-se um aumento do tempo para fumar o primeiro cigarro, predizendo uma dependência menor à nicotina.

Tabela 6 - Distribuição do grupo nos tempos estudados conforme pergunta 2* do Teste de Fagerström, Mairiporã - 2009

Fumar lugar proibido	T0		T1		T2	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	40	39,6	40	39,6	0	0
Não	61	60,4	61	60,4	101	100
Total	101	100	101	100	101	100

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
McNemar p < 0,05

* Pergunta 2: Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas e etc.?

A avaliação da pergunta número 2, que se refere ao comportamento do fumante nos lugares onde o fumo é proibido, é complicada, já que cada vez existem mais leis que proíbem o fumo em diferentes locais. Muitos indivíduos fumam intensamente antes de entrar (carregam-se de nicotina) e, como consequências expressam não ter dificuldade em não fumar em locais de proibição. Esta pergunta necessita de certa introspecção para ser respondida e pode ser mais importante como indicador comportamental[(64)].

No grupo estudado, observa-se que no momento T0 e T1 40 (39,6%) dos indivíduos fumavam em locais proibidos. Já no momento T2, após a intervenção, nenhum dos casos fumava em locais proibidos, comparado ao momento T1 temos um decréscimo de 40 (39,6%) dos indivíduos, sendo esta mudança estatisticamente significativa. Este resultado pode ser considerado um indicador favorável de mudança no comportamento destes indivíduos perante o cigarro.

Tabela 7 - Distribuição do grupo nos tempos estudados, conforme pergunta 3* do Teste de Fagerström, Mairiporã - 2009

Satisfação do cigarro	T0		T1		T2	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primeiro da manhã	37	36,6	37	36,6	2	2,0
Outros	64	63,4	64	63,4	99	98,0
Total	101	100	101	100	101	100

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
McNemar p < 0,05

* Pergunta 3: Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

Através da tabela 7, observa-se que no tempo 0, havia 37 (36,6%) indivíduos que referiram o primeiro cigarro como sendo o que mais lhe trazia satisfação. Não houve alteração no momento T1.

No tempo 2, apenas 2 (2%) casos referiram o primeiro cigarro como sendo o que mais lhe trazia satisfação, comparado ao momento T1 temos um decréscimo de 35 (34,6%) dos indivíduos, sendo esta mudança estatisticamente significativa.

Esta pergunta refere-se ao cigarro que traz maior satisfação, necessita de certa introspecção do sujeito para respondê-la e também pode ser utilizada como indicador comportamental[64].

Tabela 8 - Distribuição do grupo nos tempos estudados, conforme pergunta 4* do Teste de Fagerström, Mairiporã - 2009

	T0		T1		T2	
Nº cigarros	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 10	18	17,8	18	17,8	97	96,0
11 até 20	74	73,3	74	73,3	4	4,0
21 até 30	9	8,9	9	8,9	0	0,0
Mais de 30	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	101	100	101	100	101	100

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
McNemar p < 0,05

* Pergunta 4: Quantos cigarros você fuma por dia?

Através da tabela 8, observa-se que no tempo 0 havia predomínio de 74 indivíduos fumando de 11 até 20 cigarros (73,3%); 18 casos fumando menos de 10 cigarros por dia e 9 (8,9%) fumando de 21 a 30 cigarros. Não houve alteração no momento T1.

No tempo 2, obtive-se 4 (4%) casos que migraram da faixa de 21 a 30 para a faixa de 11 a 20 cigarros, e um acréscimo de 79 (78,2%) casos que referiram fumar menos de 10 cigarros. Esta mudança foi estatisticamente significativa.

Esta pergunta referente ao consumo diário de cigarros, trata-se de um questionamento que mede a quantidade de nicotina à qual o indivíduo se tornou dependente[64]. Neste estudo, observou-se que após a intervenção houve significativa diminuição na quantidade de cigarros fumados, consequentemente uma diminuição da dependência a nicotina.

Tabela 9 - Distribuição do grupo nos tempos estudados, conforme pergunta 5* do Teste de Fagerström, Mairiporã - 2009

Fuma mais de manhã	T0		T1		T2	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	77	76,2	77	76,2	4	4,0
Não	24	23,8	24	23,8	73	73,0
Total	101	100	101	100	101	100

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
McNemar p < 0,05

* Pergunta 5: Você fuma mais frequentemente pela manhã?

Através da tabela 9, observa-se que no tempo 0 haviam 77 (76,2%) casos que referiram fumar mais no período da manhã. Não houve alteração no Tempo 1.

No Tempo 2, apenas 4 (4%) casos referiram fumar mais no período da manhã, comparado ao momento T1 temos um decréscimo de 73 (72,3%) dos indivíduos, sendo esta mudança estatisticamente significativa.

A pergunta número cinco que trata a questão do fumo mais pela manhã do que no restante do dia, é uma questão que avalia o assunto fumo matinal[64]. No grupo estudado, observa-se a redução significativa do fumo matinal, após a intervenção telefônica.

Tabela 10 - Distribuição do grupo nos tempos estudados, conforme pergunta 6* do Teste de Fagerström, Mairiporã – 2009

Mesmo doente fuma	T0		T1		T2	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	69	68,3	69	68,3	0	0
Não	32	31,7	32	31,7	101	100
Total	101	100	101	100	101	100

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
McNemar p < 0,05

* Pergunta 6: Você fuma mesmo doente?

Esta pergunta refere-se ao fumar ainda que doente, faz parte da apreciação do assunto consumo de cigarros e também é um preditor importante de dependência nicotínica[64]. Neste estudo, observa-se que no tempo 0, houve predominância de indivíduos que fumavam mesmo doente 69 (76,2%). Não houve alteração no Tempo 1.

No Tempo 2, nenhum indivíduo referiu fumar quando doente, comparado ao momento T1 temos um decréscimo de 69 (76,2%) dos indivíduos, sendo esta mudança estatisticamente significativa. Este resultado pressupõe uma diminuição significativa da dependência à nicotina.

4.3 Comparação entre os Indicadores de mudança de comportamento entre os indivíduos que pararam de fumar após a intervenção telefônica nos tempos T0, T1, T2 e T3.

O tempo T3 corresponde ao quarto preenchimento do questionário, realizado após seis meses do término da intervenção telefônica.

4.3.1 Distribuição da quantidade de cigarros fumados por dia.

Em relação à quantidade de cigarros fumados por dia, a média de cigarros no tempo 0 foi de 16,19, sendo a quantidade mínima de cinco, a máxima de vinte e cinco, a mediana de quinze cigarros, desvio padrão 4,73. Após seis meses da intervenção, a média foi de 1,10, sendo a quantidade mínima zero, a máxima cinco cigarros, mediana 0 e o desvio padrão foi de 1,59. Portanto, há decréscimo significativo no número de cigarros fumados por dia do tempo 0 para o momento T3, seis meses após a intervenção. (teste não-paramétrico de Wilcoxon, p<0,001)

4.3.2 Distribuição da redução de cigarros fumados por dia.

Tabela 11 - Distribuição dos indivíduos que pararam de fumar após a intervenção nos tempos estudados, conforme a redução de cigarros fumados por dia, Mairiporã – 2009, 2010

Redução Cigarros	T0		T1		T2		T3	
	Nº	%	Nº	Nº	%	%	Nº	%
Sim	2	2,9	2	2,9	68	13,9	68	100
Não	66	97,1	66	97,1	0	86,1	0	0
Total	68	100	68	100	68	100	68	100

Entre T0 – T1: p=0,157
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
Entre T1 – T3: **p= 0,001**
McNemar p < 0,05

Através da tabela 11, observa-se a manutenção da redução do número de cigarros após seis meses da intervenção.

4.3.3 Teste de dependência à nicotina: Fagerström

Tabela 12 - Distribuição dos indivíduos que pararam de fumar após a intervenção nos tempos estudados, conforme o resultado do teste dependência à nicotina, Mairiporã – 2009, 2010

	T0		T1		T2		T3	
Fagerström	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Muito baixo (0-2)	10	17,8	10	17,8	68	100	68	100
Baixo (3-4)	8	13,9	8	13,9	0	0	0	0
Médio (5)	20	24,8	20	24,8	0	0	0	0
Elevado (6-7)	20	32,7	20	32,7	0	0	0	0
Muito elevado (8-10)	10	10,9	10	10,9	0	0	0	0
Total	68	100	68	100	68	100	68	100

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
Entre T1 – T3: **p= 0,001**
McNemar p < 0,05

Através da tabela 12, verifica-se a manutenção da pontuação do teste de Fagerström após seis meses da finalização da intervenção telefônica.

Tabela13 - Distribuição dos indivíduos que pararam de fumar após a intervenção nos tempos estudados, conforme pergunta 1* do Teste de Fagerström, Mairiporã – 2009, 2010

	T0		T1		T2		T3	
Tempo após acordar	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dentro de 5’	10	14,7	10	14,7	0	0	0	0
Entre 6 e 30’	44	64,7	44	64,7	0	0	0	0
Entre 31 e 60’	7	10,3	7	10,3	1	1,5	1	1,5
Após 60’	7	10,3	7	10,3	67	98,5	67	98,5
Total	68	100	68	100	101	100	101	100

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
Entre T1 – T3: **p= 0,001**
McNemar p < 0,05

* Pergunta 1: Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Através da tabela 13, verifica-se a manutenção das respostas referente ao tempo após acordar que o indivíduo fuma seu primeiro cigarro, após seis meses da finalização da intervenção telefônica.

Tabela 14- Distribuição dos indivíduos que pararam de fumar após a intervenção nos tempos estudados, conforme pergunta 2* do Teste de Fagerström, Mairiporã – 2009, 2010

Fumar lugar proibido	T0		T1		T2		T3	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	25	36,8	25	36,8	0	0	0	0
Não	43	63,2	43	63,2	68	100	68	100
Total	68	100	68	100	68	100	68	0

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
Entre T1 – T2: **p= 0,001**

McNemar p < 0,05

* Pergunta 2: Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc.?

Através da tabela 14, verifica-se a manutenção das respostas referente ao fumo em local proibido, após seis meses da finalização da intervenção telefônica.

Tabela 15 - Distribuição dos indivíduos que pararam de fumar após a intervenção nos tempos estudados, conforme pergunta 3* do Teste de Fagerström, Mairiporã – 2009, 2010

Satisfação do cigarro	T0		T1		T2		T3	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primeiro da manhã	20	29,4	20	29,4	0	0	0	0
Outros	48	70,6	48	70,6	68	100	68	100
Total	68	100	68	100	68	100	68	100

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
Entre T1 – T3: **p= 0,001**
McNemar p < 0,05

* Pergunta 3: Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

Através da tabela 15, verifica-se a manutenção das respostas referente à qual cigarro traz maior satisfação, após seis meses da finalização da intervenção telefônica.

Tabela 16 - Distribuição dos indivíduos que pararam de fumar após a intervenção, nos tempos estudados conforme pergunta 4* do Teste de Fagerström, Mairiporã – 2009, 2010

	T0		T1		T2		T3	
N cigarros	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 10	12	17,7	12	17,7	68	100	68	100
11 até 20	53	77,9	53	77,9	0	0	0	0
21 até 30	3	4,4	3	4,4	0	0	0	0
Mais de 30	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	68	100	68	100	68	100	68	100

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
Entre T1 – T3: **p= 0,001**
McNemar p < 0,05

* Pergunta 4: Quantos cigarros você fuma por dia?

Através da tabela 16, verifica-se a manutenção das respostas referente à quantidade de cigarros fumada por dia, após seis meses da finalização da intervenção telefônica.

Tabela 17 - Distribuição dos indivíduos que pararam de fumar após a intervenção, nos tempos estudados conforme pergunta 5* do Teste de Fagerström, Mairiporã – 2009, 2010

	T0		T1		T2		T3	
Fuma mais de manhã	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	44	64,7	44	64,7	0	0	0	0
Não	24	35,3	24	35,3	68	100	68	100
Total	68	100	68	100	68	100	68	100

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
Entre T1 – T3: **p= 0,001**
McNemar p < 0,05

* Pergunta 5: Você fuma mais frequentemente pela manhã?

Através da tabela 17, verifica-se a manutenção das respostas referente ao fumar mais pela manhã, após seis meses da finalização da intervenção telefônica.

Tabela 18 - Distribuição dos indivíduos que pararam de fumar após a intervenção nos tempos estudados, conforme pergunta 6* do Teste de Fagerström, Mairiporã – 2009, 2010

	T0		T1		T2		T3	
Mesmo doente fuma	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	25	36,8	25	36,8	0	0	0	0
Não	43	63,2	43	63,2	68	100	68	100
Total	68	100	68	100	68	100	68	100

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
Entre T1 – T3: **p= 0,001**
McNemar p < 0,05

* Pergunta 6: Você fuma mais mesmo doente?

Através da tabela 18, verifica-se a manutenção das respostas referente ao fumar mesmo doente, após seis meses da finalização da intervenção telefônica.

Ao analisar as respostas deste grupo, observa-se que mesmo os trinta indivíduos que voltaram a fumar, voltaram com uma intensidade menor, refletindo positivamente no resultado do teste de Fagerström, predispondo uma dependência química a nicotina muito baixa.

4.4 Motivadores para cessação do tabagismo

4.4.1 Presença de tentativa anterior de cessação do tabagismo.

Tabela 19- Distribuição do grupo nos tempos estudados, conforme presença de tentativa anterior de cessação do tabagismo, Mairiporã - 2009

Tentativa parada	T0		T1		T2	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	91	90,1	94	93,1	101	100
Não	10	9,9	7	6,9	0	0
Total	101	100	101	100	101	100

Entre T0 – T1: p = 0,083
Entre T1 – T2: **p = 0,023**
McNemar p < 0,05

Através da tabela 19, observa-se que no tempo 0, 91 (90,1%) dos casos tentaram parar de fumar anteriormente, e no momento T1 houve um aumento de 3 indivíduos. Esta alteração não é significativa estatisticamente.

Já no momento T2, todos apresentaram tentativa anterior para cessar com o tabagismo, comparado ao momento T1 temos um acréscimo de 7 indivíduos, sendo esta mudança estatisticamente significativa.

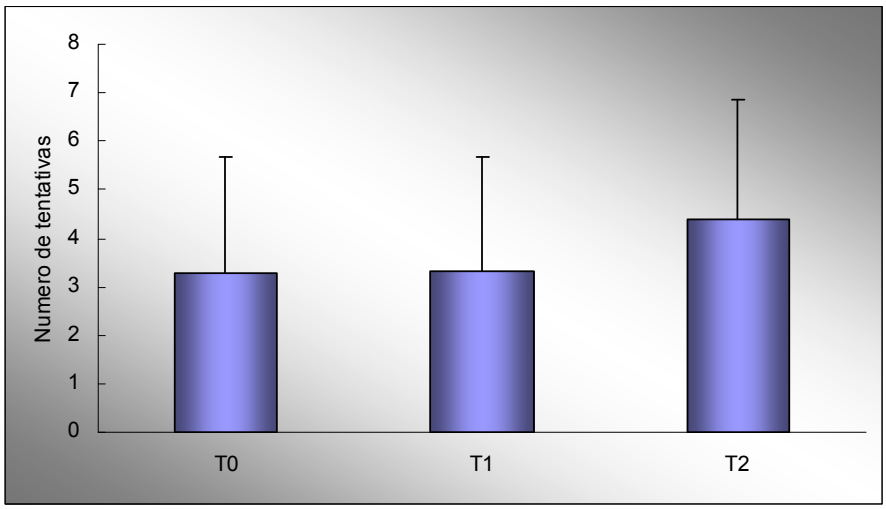
4.4.2 Quantidade de tentativa anterior de cessação do tabagismo

Tabela 20 - Distribuição do grupo nos tempos estudados, conforme quantidade de tentativas anteriores de cessação do tabagismo, Mairiporã - 2009

Quantidade de tentativas	T0		T1		T2	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhuma	10	9,9	7	6,9	0	0
1	14	13,9	17	16,8	9	8,9
2	17	16,8	17	16,8	14	13,9
3	16	15,8	16	15,8	17	16,8
4	9	8,9	9	8,9	15	14,9
5	15	14,9	15	14,9	11	10,9
6	9	8,9	9	8,9	13	12,9
7	0	0,0	0	0,0	10	9,9
8	0	0,0	0	0,0	1	1,0
10	5	5,0	5	5,0	0	0,0
11	0	0,0	0	0,0	3	3,0
12	0	0,0	0	0,0	2	2,0
Várias *	6	5,9	6	5,9	6	5,9
Total	101	100	101	100,0	101	100,0

* Em 6 casos obteve-se o valor de “varias” tentativas, nestes casos não foi possível avaliar numericamente esta variável, assim utilizou-se para as comparações dos tempos apenas os 95 casos com valor numérico.
Entre T0 – T1: $p > 0,05$
Entre T1 – T2: **$p < 0,001$**
Friedman $p < 0,05$

Figura 10- Distribuição do grupo nos tempos estudados, conforme as quantidades de tentativas anteriores de cessação do tabagismo. Mairiporã- 2009



Em relação à quantidade de tentativas anteriores de cessação do tabagismo, a média de tentativas no tempo 0 foi de 3,27, sendo a quantidade mínima de 0, a máxima de 10, mediana de 3 tentativas e desvio padrão de 2,41. No tempo 1, a média foi de 3,31, sendo a quantidade mínima, máxima e mediana igual ao momento 0 e o desvio padrão foi de 2,38. Através da tabela 11, ao compararmos a diferença entre os tempos 0 e 1, observa-se uma discreta mudança, não sendo esta estatisticamente significativa.

No tempo 2, a média foi de 4,38 tentativas, sendo o mínimo 1, a máxima 12, a mediana de 4 tentativas, e o desvio padrão 2,49. Através da tabela 3, ao compararmos a mudança entre o tempo 1 e 2, pode-se observar um acréscimo significativo, sendo esta mudança estatisticamente significativa.

No tempo 0, entre os 91 indivíduos que referiram tentativa anterior para cessação do tabagismo, a forma de tentativa predominante foi sozinho com 70 (76,9%) dos participantes, seguido de utilização de medicação 8 (8,8%); ajuda de profissionais de saúde 6 (6,6%); terapia com 2 (2,2%) e outros métodos com 5 (5,5%).

No tempo 1, houve o acréscimo de 3 participantes que referiram ter tentado sozinho, elevando de 70 (69,3%) para 73 (72,3%).

No tempo 2, todos os 101 participantes referiram a ajuda do profissional de saúde.

4.4.3 Presença de motivo, exceto problema de saúde, que incentivaram o cliente na cessação do tabagismo.

Tabela 21 - Distribuição do grupo nos tempos estudados, conforme presença de motivo, exceto problema de saúde, que levou o indivíduo a tentar parar de fumar, Mairiporã - 2009

Presença Motivo	T0		T1		T2	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	22	21,8	22	21,8	80	79,2
Não	79	78,2	79	78,2	21	20,8
Total	101	100	101	100	101	100

Entre T0 – T1: p=1,000
Entre T1 – T2: **p= 0,001**
McNemar: $p < 0,05$

Através da tabela 21, observa-se que no tempo 0 houveram 22 (21,8%) indivíduos com motivadores para cessação do tabagismo, no tempo 1 não houve modificações.

No momento T2, 80 (79,2%) referiram presença de motivação, comparado ao momento T1 temos um acréscimo de 58 (57,4%) indivíduos, sendo esta mudança estatisticamente significativa.

Entre os motivos relacionados pelos 22 clientes, no tempo 0 e 1 não houve alteração, sendo relatado apoio da família 9 (40,9%), saúde 7 (31,8%), trabalho 3 (13,6%), odor desagradável 2 (9,1%) e apoio do companheiro em 1 (4,5%) dos casos.

No tempo 2, entre os 80 indivíduos que referiram a presença de motivo, 29 (36,2%) relataram a ajuda do profissional de saúde, 20 (25%) referiram o apoio da família, 12 (15%) saúde, 7 (8,8%) amigos, 6 (7,5%) companheiro, 4 (5%) trabalho, 2 (2,5%) odor desagradável.

4.4.4 Presença de doença relacionada com o tabagismo.

Quando questionados sobre a presença de doença relacionada com o tabagismo, houve 15 (14,9%) indivíduos que referiram ter alguma doença, a resposta manteve-se a mesma no momento T0, T1 e T2.

Entre os 15 casos que referiram ter doenças relacionadas ao tabaco, observa-se apenas 1 (6,7%) caso era uma patologia, doença pulmonar obstrutiva crônica, os outros 14 casos são sintomas relacionados ao uso do tabaco, como tosse em 5 (33,3%) casos e 9 (60,0%) indivíduos com falta de ar.

4.4.5 Fatores decisivos para cessação do tabagismo.

Quando questionados sobre os fatores decisivos para que eles tentassem parar de fumar, observa-se o predomínio de apoio de familiares e amigos com 47 (46,5%) dos casos, seguidos de força de vontade própria 30 (29,7%), informação disponível na mídia 10 (9,9%), mudanças de contexto de vida 9 (8,9%), apoio médico 4 (4,0%) e apoio de outro profissional de saúde 1 (1%). A resposta manteve-se a mesma no momento T0, T1 e T2.

4.4.6 Presença de problemas de saúde geral.

Em relação à presença e problemas de saúde geral que incentivaram os clientes a parar de fumar, 30 (29,7%) dos casos referiram ter as seguintes patologias: diabetes, hipertensão arterial, obesidade, osteoporose e problemas circulatórios. A resposta manteve-se a mesma no momento T0, T1 e T2.

4.5 Influências das características sociodemográficas na efetividade da intervenção telefônica e no resultado do teste de Fagerström.

As associações realizadas foram entre as seguintes variáveis:

1. Situação conjugal e efetividade da intervenção telefônica (cessação do tabagismo).
2. Estrutura familiar e efetividade da intervenção telefônica.
3. Renda per capita e efetividade da intervenção telefônica.
4. Escolaridade e efetividade da intervenção telefônica.
5. Situação conjugal e resultado do teste de Fagerström.
6. Estrutura familiar e resultado do teste de Fagerström.
7. Renda per capita e resultado do teste de Fagerström.
8. Escolaridade e resultado do teste de Fagerström.

Tabela 22 - Associação no grupo de estudo das características sócio-demográficas com cessação do tabagismo e com resultado do teste Fagerström, Mairiporã - 2009

	Cessação do tabagismo		Resultado teste Fagerström	
	P	Significativo	P	Significativo
Situação conjugal	0.349	Não	0.641	Não
Estrutura familiar	0,801	Não	**0.011**	Sim
Renda per capita	0.809	Não	0.461	Não
Escolaridade	0.745	Não	0.519	Não

Teste de Fisher
P < 0,05

Conforme a tabela 22, observa-se que nenhuma característica sociodemográfica tem associação com a cessação do tabagismo e apenas a estrutura familiar tem associação com o resultado do teste de Fagerström.

O resultado do teste muito baixo apresenta maior quantidade de casos associado aos indivíduos com estrutura familiar constituída de cônjuge/companheiro e filhos, o resultado do teste baixo e médio apresenta maior número de casos associado com a presença da família (pais), e o resultado do teste elevado apresenta maior número de indivíduos

associados à estrutura familiar constituída pelos filhos sem cônjuge/companheiro.

4.6 Associação do resultado cessação de tabagismo com as variáveis do comportamento em relação ao tabagismo

As associações realizadas foram entre as seguintes variáveis:

1. Número de tentativas e cessação do tabagismo.
2. Sexo dos participantes e cessação do tabagismo.
3. Problema de saúde geral e cessação do tabagismo.
4. Tempo que fuma e cessação do tabagismo.
5. Fatores decisivos para parar de fumar e cessação do tabagismo.

Tabela 23 - Associação no grupo estudado das características do fumante e cessação do tabagismo, Mairiporã - 2009

	Cessação do tabagismo		
	P	Significativo	Teste
Número de tentativas	0.061	Não	Marin Whitney
Sexo feminino	**0.001**	Sim	Chi – Square
Problema saúde geral	0,138	Não	Chi – Square
Tempo que fuma	0,891	Não	Marin Whitney
Fatores decisivos	0,188	Não	Fisher

Conforme tabela 23, observa-se que há associação entre o sexo dos participantes e o resultado da cessação do tabagismo, sendo que as mulheres obtiveram maior sucesso na intervenção. As outras características analisadas; número de tentativas de parada anteriores, presença de problema de saúde geral, tempo que fuma e os fatores decisivos para tentar parar de fumar; não obtiveram associação com o sucesso da intervenção.

4.7 Associação do resultado cessação de tabagismo com as perguntas do teste de Fagerström.

As associações realizadas foram entre as seguintes variáveis:

1. Influência do fumar após quanto tempo de acordado no resultado da intervenção.
2. Influência da satisfação do primeiro cigarro no resultado da intervenção.
3. Influência do número de cigarros consumidos por dia no resultado da intervenção.
4. Influência do fumo mais pela manhã no resultado da intervenção.
5. Influência do resultado do teste de tolerância à nicotina no resultado da intervenção.

Tabela 24 - Associação no grupo estudado das perguntas do teste de Fagerström com cessação do tabagismo, Mairiporã -2009.

	Cessação do tabagismo	
	P	Significativo
Fuma após quanto tempo de acordado	0,015	Não
Satisfação do cigarro	0,015	Não
Quantidade cigarros dia	**0,01**	Sim
Fuma mais pela manhã	**0,01**	Sim
Resultado teste	**0,001**	Sim

Teste de Fisher
P < 0,05

Através da tabela 24, observa-se a associação entre a quantidade de cigarros fumados por dia, o fumar mais pela manhã e o resultado do teste de Fagerström com o sucesso da intervenção de cessação do tabagismo.

Em relação à quantidade de cigarros fumados por dia, o grupo que cessou com o tabagismo, apresentou associação entre menor número de casos e a quantidade de cigarros fumados por dia entre 11 a 20 cigarros, comparado com o grupo que não cessou com o tabagismo.

Em relação ao período que o indivíduo fumava mais, há associação entre a resposta período da manhã e a cessação do tabagismo. O grupo que parou de fumar apresenta porcentual menor de casos que responderam fumar mais pela manhã do que o grupo que respondeu não.

O grupo que cessou com o tabagismo apresentou maior percentagem no resultado muito baixo do teste de Fagerström.

4.8 Influência do tempo da intervenção telefônica na cessação do tabagismo.

Ao comparar o tempo total das intervenções telefônica entre o grupo que parou de fumar e o grupo que não parou de fumar, observou-se que no grupo que não parou de fumar 32,7% (33), o tempo mínimo utilizado foi de 100 minutos e máximo 250 minutos. No grupo que conseguiu parar de fumar 67,3% (68), o tempo mínimo utilizado foi de 200 minutos e máximo 255 minutos. Portanto, os grupos diferem em relação ao tempo de intervenção. O grupo que cessou com o tabagismo, apresentou tempo significativamente maior do que o grupo que não cessou com o tabagismo. (Teste t de Student: $p < 0,001$).

5 DISCUSSÃO

Após a aplicação do programa de intervenção para cessação do tabagismo e da análise dos dados resultantes, observa-se uma efetividade imediata do programa com 67,3% (68) indivíduos e 37,6% (38) de abstinentes após seis meses. Não foi possível comparar tais resultados com dados da literatura uma vez que não há estudos que se assemelham com a forma de abordagem e o método aqui apresentado, no entanto, se considerarmos apenas a via de contato, vários estudos tem utilizado a abordagem telefônica para cessação do tabagismo.

Nestes estudos, observa-se que a efetividade foi menor do que aqui obtida, variando de 14,7% a 25% (efetividade imediata), fato que pode ser justificado pelo método adotado nestas intervenções, pois a maior parte deles baseia-se no fornecimento de informações, orientações e na aplicação restrita de estratégias para modificação do comportamento, não sendo trabalhado todo o processo de mudança comportamental propriamente dito.

No programa da Nova Zelândia, os fumantes recebiam mensagens pelo telefone celular com informações, orientações, técnicas de distração e contagem regressiva para o dia da parada, eles foram acompanhados por seis semanas, sendo enviados de cinco a seis mensagens por semana. A abstinência alcançada foi de 25,4%[47]. No estudo realizado no Reino Unido, que também utilizou este método com adaptações, a taxa de abstinência foi de 14,7%[48], resultados consideravelmente inferiores ao do presente estudo. Vários fatores podem explicar esta diferença: Falta do contato do cliente com o profissional de saúde e consequente ausência de formação de vínculo, falta de um protocolo estruturado, falta da análise funcional do comportamento do indivíduo e a não utilização de técnicas focadas para a mudança de comportamento.

As informações podem auxiliar o indivíduo a parar de fumar, pois estas disponibilizam dados científicos sobre malefícios e riscos do cigarro, o sujeito que deseja parar de fumar pode ser influenciado por estas informações, no entanto, apenas o uso deste método é uma ferramenta insuficiente na mudança efetiva do comportamento. Cabe ressaltar que informações referentes aos malefícios do consumo de cigarros, os

benefícios da cessação do fumo e dados sobre o próprio cigarro são de fácil acesso: jornais, revistas, sites na internet, livros e até mesmo informes na televisão e no rádio são comumente encontradas.

As orientações, ou seja, indicações que devem ser seguidos para evitar os malefícios indicados nas informações são fornecidas pelos profissionais de saúde, de modo ainda incipiente, pois estes profissionais ainda não se apropriaram das informações científicas sobre o fumo para realizarem orientações aos seus clientes. Estas quando oferecidas aos fumantes possuem pouco impacto na mudança de comportamento destes indivíduos. Assim, se o acesso às informações e orientações garantisse que os sujeitos parassem de fumar, o número de fumantes seria consideravelmente menor do que os 1,3 bilhão de pessoas fumantes no mundo.

Outro programa, aplicado na Escócia, oferece linhas telefonicas para atendimento aos indivíduos que desejam parar de fumar. Os profisssionais treinados aconselham e oferecem informações, apoio geral e encorajamento, também disponibilizam cópia gratuita de manual para fumantes. Este serviço obteve em um ano, uma taxa de 23,6% de abstinência[39]. Resultado curiosamente baixo, uma vez que é o cliente que entra em contato com o serviço, indicando uma motivação do fumante e consequente favorecimento para mudança de comportamento. Neste modelo, não há vinculo com o profissional, nem a construção de um plano terapêutico, visto que este é realizado de forma pontual. Neste método não há possibilidade de trabalhar os obstáculos vivenciados no processo de parada, não há garantia da compreensão do cliente em entender as informações e orientações, além de não possibilitar a realização da análise comportamental e cognitiva do cliente.

No estudo aqui realizado, todas as intervenções telefônicas foram efetuadas pelo mesmo profissional de saúde, facilitando a contrutução de uma efetiva interação terapêutica. Durante todo o processo de atendimento a relação foi baseada na confiança, respeito e colaboração. Os atendimentos foram conduzidos de forma simpática, empática e compreensiva, permitindo uma sintonia com os sentimentos e atitudes do cliente, havendo uma aceitação dos comportamentos do fumante, livre de

julgamentos. Este cenário ajudou na construção de um relacionamento seguro e confortável entre ambas as partes, além de contribuir no sucesso da intervenção.

No que diz respeito ao plano terapêutico aqui empregado, este foi estabelecido após o primeiro contato telefônico. O profissional analisou o perfil tabagista do cliente, suas expectativas em relação ao atendimento, levantou os problemas que eles referiram ter em relação ao cigarro e seu contexto de vida. Estas informações permitiram que a pesquisadora realizasse uma conceituação inicial e formulasse um plano de atendimento geral. Todos os contatos posteriores foram estruturados, estes começaram com uma revisão das tarefas atribuídas no atendimento anterior, seguida pelo estabelecimento e realização do conteúdo daquele atendimento e finalizado com a revisão do dia e estabelecimento de nova tarefa. Em cada sessão, o conteúdo trabalhado foi estabelecido conforme a evolução de cada cliente, sendo que as estratégias utilizadas já foram descritas anteriormente.

No Reino Unido, o serviço de atendimento telefônico gratuito ao fumante, financiada pelo "Cancer Research" deste país, é disponibilizado para a população em geral. Cada participante recebe até seis contatos, com o profissional disponível no momento. O conteúdo dos contatos engloba orientações gerais referente ao tabagismo, motivação, autoeficácia, desenvolvimento de estratégias para lidar com a tentação, autoimagem, estratégias para lidar com a abstinência e prevenção de recaída. Após três meses da intervenção 11,8% relataram abstinência[(84).] Ao compararmos com o estudo aqui apresentado, verifica-se que a realização dos contatos por vários profissionais pode dificultar a formação de vínculo entre o cliente e profissional além de prejudicar a continuidade do atendimento. Apesar de algumas estratégias de modificação do comportamento serem uilizadas neste serviço, as mesmas não foram muito efetivas, uma das explicações para este resultado, pode ser a forma não estruturada e descontinua da aplicação destas técnicas.

O modelo telefônico de controle do tabagismo aplicado na Austrália é oferecido para toda a população, os interessados entram em contato com a central de atendimento, onde é disponibilizado o envio de um livro, após a

ligação é transferida para o profissional que realiza as orientações por cerca de 5 a 15 minutos, com este modelo, após um ano, 5% dos fumantes estavam abstinentes do vício e 28% pararam de fumar por um período inferior a um ano[85]. Apesar deste modelo utilizar o telefone como forma de comunicação com o fumante, o método adotado diferencia-se do aplicado neste estudo, no modelo australiano, o fumante acessa o serviço no momento conveniente para ele, o atendimento é pontual e caso o fumante acesse o serviço mais de uma vez, o profissional que o atende é diferente a do primeiro atendimento. Nesta abordagem é trabalhado as informações e orientações, não sendo empregado técnicas de mudança de comportamento.

No presente estudo, o agendamento do dia e horário do contato foi efetuado a partir do primeiro atendimento telefônico, este atendimento teve como finalidade estabelecer o contrato do funcionamento do programa, sendo apresentado as regras e responsabilidades do profissional e do cliente. O cumprimento do contrato incentiva o indivíduo a compartilhar da responsabilidade pelo seu tratamento[52]. Houve uma flexibilidade nos agendamentos, os dias e horários podiam ser modificados, porém tentou-se seguir a rotina de um serviço ambulatorial, a data era marcada e caso o participante quisesse remarcá-la, ele tinha até um dia antes do atendimento para fazê-lo. O agendamento prévio também facilitou o sucesso das ligações telefônicas, visto que para cada contato efetivo foram necessária 1,3 tentativa, em estudo anterior de abordagem telefônica para promoção da saúde, realizada pela própria pesquisadora, em que não houve o agendamento prévio, a quantidade de tentativas variou de três a cinco vezes[86].

O atendimento aos fumantes desenvolvido na Califórnia oferece aconselhamento individual, material de autoajuda e informações relacionadas ao tabaco, este programa é de âmbito nacional, financiado pelo departamento da Califórnia de Serviços de Saúde, Seção de Controle do Tabaco, sendo administrado pelo Centro de Câncer da Universidade da Califórnia, San Diego. No contato inicial é realizada uma entrevista de admissão, sendo investigado o uso do tabaco, suas atitudes anteriores e atuais para cessar com o fumo e os dados demográficos. O fumante recebe

até sete sessões de aconselhamento durante dois meses com o mesmo profissional, o atendimento é baseado na entrevista motivacional, na reestruturação das crenças dos fumantes, na importância da autoeficácia, motivação e na análise das dificuldades e sugestões de estratégias de enfrentamento[46]. Neste modelo, o cliente não conhece o profissional que o atende. A abstinência alcançada após o término da intervenção foi de 23,7%[46], resultado inferior ao apresentado neste presente estudo.

O modelo californiano foi o que apresentou resultado e método mais próximo do estudo aqui apresentado, em ambos os trabalhos o número de sessões foi semelhante e o foco da intervenção foi a mudança do comportamento fumar. Nos dois estudos houve a aplicação da abordagem da identificação e resstruturação das crenças disfuncionais. As técnicas aplicadas para auxiliar a mudança do comportamento foram semelhantes no que se refere a prevenção de recaída, análise das situações de risco e estratégias de enfrentamento e, distinguiram-se nas outras técnicas e métodos utilizados, pois enquanto o estudo californiano utilizou princípios da autoeficácia e motivação o estudo aqui apresentado trabalhou com a a identificação e avaliação dos pensamentos automáticos e crenças disfuncionais e a análise funcional do comportamento.

O emprego da análise funcional do comportamento neste estudo, permitiu a identificação dos determinantes da ocorrência do comportamento fumar. Com esta análise foi possivel verificar seus determinantes, e uma vez encontrados, foi possível predizê-lo (prever a sua ocorência) e controlá-lo (aumentar ou diminuir a probabilidade de sua ocorrência).

Aliado a análise funcional do comportamento, este estudo também utilizou a conceituação cognitiva, que trabalhou com o relacionamento dos pensamentos automáticos e crenças disfuncionais. Ao trabalhar o comportamento fumar, as crenças e pensamentos envolvimentos com este ato, foi possível aumentar as chances de abstinência do indivíduo.

Ao compararmos o resultado deste estudo e sua abordagem com a maioria dos estudos de intervenção telefônica para cessação do tabagismo, o resultado obtido neste estudo diferencia-se dos resultados encontrados na literatura, demonnstrando uma efetividade diferenciada. O resultado aqui encontrado pode estar relacionada ao modo como a intervenção telefônica

foi elaborada:

- **Estruturada:** Todo atendimento continha uma estrutura básica, com o conteúdo proposto para o início, corpo e finalização do contato. Seguir o formato estabelecido tornou o processo mais compreensível para os clientes e para a profissional, além de aumentar a probabilidade do indivíduo fazer sua autoatendimento após o término dos contatos.

- **Individualizada:** Cada cliente teve seu plano terapêutico próprio, permitindo a contextualização de sua realidade no programa.

- **Presença da construção de contrato:** Na primeira sessão as regras do atendimento foram estabelecidas, os dias e horários foram marcados em comum acordo entre a pesquisadora e o cliente. As responsabilidades do cliente e profissional foram acordadas.

- **Tempo limitado:** A profissional no primeiro atendimento estabeleceu o tempo de cada atendimento, aproximadamente 60 minutos e a quantidade de contatos: oito. O limite do tempo para cada sessão, auxiliou o enfoque trabalhado, apenas os problemas atuais e vivenciados na semana do atendimento foram analisados, possibilitando a abordagem focada no presente. A delimitação da quatidade de contatos auxiliou na decisão da data de parada dos clientes, visto que quanto antes a tomada de decisão, mais tempo eles teriam para trabalhar o processo de parada e as dificuldades encontradas após a cessação, assim não observou-se a postergação do dia da parada.

- **Formação de vínculo:** a reunião que antecedeu o início do programa permitiu que os participantes conhecessem a pesquisadora que os atenderia, as intervenções foram realizadas sempre pela mesma pessoa permitindo um estreitamento na relação.

- **Utilização de métodos e técnicas para mudar pensamento, sentimento e comportamento:** Durante todo o processo de atendimento, o profissional aplicou as práticas advindas da Teoria Cognitiva: Identificação e avaliação dos pensamentos automáticos e

crenças disfuncionais, e da Teoria Comportamental, a análise funcional do comportamento. Também foram utilizadas técnicas baseadas na TCC que auxiliaram este processo como por exemplo a construção de vínculo, informação ao cliente, estabelecimento e revisão da tarefa de casa, prevenção de recaída, estabelecimento de metas, ensino da técnica de distração, treinamento assertivo, ensino da técnica de relaxamento, indicação para o uso de material suporte, treinamento de habilidades e ensaio comportamental. O atendimento variou consideravelmente de cordo com o cliente, natureza de suas dificuldades, suas metas, habilidades, motivação e experiência prévia.

- **Possibilidade do ambiente continente:** Durante os atentimentos foi criado um ambiente que tendeu a conter a angústia do cliente causada pela ausência do cigarro.

Com estas características buscou-se transpor os componentes e benefícios do atendimento presencial estruturada na TCC com as vantagens da utilização do telefone como via de acesso ao fumante.

Além disso, em relação a esta última particularidade, é importante ressaltar que a utilização das bases da TCC foi adaptada para uma intervenção não presencial e foi acompanhada pelo fornecimento de informações e orientações sobre o hábito de fumar e o processo de parada. O objetivo principal do método adotado foi trabalhar com os pensamentos automáticos, crenças disfuncionais e análise funional do comportamento fumo.

Ao compararmos este estudo com as pesquisas que utilizam a TCC na cessação do tabagismo, observa-se a aplicação de métodos diferentes uma vez que essa abordagem normalmente é utilizada de forma presencial, em grupo e com associação á outros métodos.

Em estudo realizado pelo Instituto Nacional de Câncer no Rio de Janeiro, a TCC foi utilizada em atendimento em grupo, permitindo a identificação de crenças gerais de temas específicos abordados pelo coordenador do grupo através de reflexões destes temas. A reflexão envolveu questões do tipo por que se fuma; como parar de fumar; benefícios de não fumar e prevenção da recaída. As sessões tinham duração de 60

minutos e intervalos de uma semana. O grupo que participou de uma a duas sessões obteve após um ano, 17,2% de abstinência e o grupo que freqüentou de três a quatro sessões obteve abstinência de 23,4%[87]. Este resultado possibilita a associação entre um maior número de atendimentos com um aumento da abstinência, induzindo a percepção que há influencia entre elas. Este modelo não permite a análise funcional do comportamento nem a identificação e avaliação dos pensamentos automáticos e crenças disfuncionais, pois estes métodos só são possíveis no atendimento individual.

Apesar do estudo conduzido pelo INCA referir a utilização da TCC, pela descrição da abordagem percebe-se a utilização de uma abordagem mais reflexiva do que cognitiva comportamental.

Em outro estudo realizado no Centro Universitário de Controle do Câncer vinculado ao Hospital Universitário Pedro Ernesto, que utilizou a TCC em grupo, obteve-se uma abstinência de 65% ao término dos grupos. Estes foram estruturados em seis sessões, semanais, compostos por no máximo dez pacientes, com duração média de duas horas. Os procedimentos adotados foram: Estabelecimento de uma adequada relação terapêutica, realização de auto-registros, avaliação dos pensamentos automáticos, análise das vantagens e desvantagens de parar de fumar, técnica de solução de problemas, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para situações de risco e relaxamento[88].

Percebe-se que o resultado do estudo acima referido assemelha-se ao encontrado aqui, da mesma forma que as técnicas apresentadas também possuem algumas semelhanças com o presente estudo. O tempo de cada atendimento em grupo foi três vezes maior que o da intervenção telefônica, porém no atendimento em grupo o profissional trabalha as situações mais prevalentes. O tempo menor utilizado no contato telefônico não impactou de forma negativa, uma vez que com este tempo foi possível trabalhar todas as estratégias planejadas e de forma individualizada.

O “Programa para deixar de fumar” disponibilizado para a população da Espanha é estruturado com seis sessões semanalmente, o atendimento acontece de forma individual ou em grupo, sendo abordado as informações

sobre o tabaco, auto monitoramento, controle de estímulos, redução gradual do consumo de tabaco, estratégias para enfrentar os sintomas da síndrome de abstinência e feedback. Após o programa, entre os 114 fumantes avaliados, obteve-se 68% de abstinentes para aqueles que freqüentaram 10 sessões e 58% para aqueles que freqüentaram cinco sessões[89]. Estes resultados se aproximam do encontrado neste estudo. Em ambos, percebe-se a aplicação de técnicas que auxiliam na mudança do comportamento, porém no serviço espanhol não há emprego de abordagens que trabalhem os pensamentos automáticos, crenças disfuncionais e a análise funcional do comportamento. Os resultados espanhóis também possibilitam a associação entre um maior número de atendimentos com um aumento na abstinência.

Em pesquisa realizada pela mesma pesquisadora deste presente estudo em 2004, obteve-se que entre os 18 fumantes, 3 (16,7%) cessaram com o fumo após cinco aconselhamentos telefônicos[90]. Nesta abordagem foram utilizadas técnicas para mudança de comportamento semelhantes as utilizadas no estudo aqui apresentado, porém os métodos de identificação e avaliação dos pensamentos automáticos e crenças disfuncionais e a análise funcional do comportamento não foram realizadas. O intervalo entre os cincos contatos também foi maior, sendo realizado a cada mês ou a cada dois meses, conforme a disponibilidade do cliente. Cabe ressaltar que no estudo anterior o tabagismo foi um dos comportamentos trabalhados, sendo que a alimentação desequilibrada, sono inadequado e sedentarismo também foram objetos de estudo durante as intervenções telefônicas[86,90].

Em estudo realizado no Ambulatório de Auxílio ao Abandono do Tabagismo da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul a mudança de comportamento observada foi de 23% quando foi utilizado o método de aconselhamento para fumantes com dependência leve á nicotina. A abordagem consistiu em uma avaliação inicial, na qual foram coletados dados gerais de anamnese e exame físico. A etapa seguinte consistiu de uma sessão de sensibilização, realizada em grupo com cerca de seis a oito fumantes, sendo discutidos as estratégias para o abandono do tabagismo, situações que poderiam dificultar o sucesso, como a síndrome de abstinência, também foi estimulada a troca de experiências e opiniões entre os próprios pacientes[91].

No estudo acima citado observa-se objetivo de mudança comportamental dos fumantes, porém a estrutura foi baseada no aconselhamento e nas informações, não sendo empregadas técnicas específicas para mudança comportamental, portanto estrutura diferente da utilizada neste presente estudo.

Apesar da Teoria Cognitiva ser utilizada e recomendada para o tratamento dos fumantes, ela foi inicialmente planejada para os atendimentos aos portadores de depressão e distúrbios comportamentais, assim a sua aplicação para dependentes ainda requer uma estruturação mais apropriada, pois o que verifica-se na literatura científica é uma discrepância dos métodos e estratégias utilizadas e na qual são denominadas abordagens baseadas na Teoria Cognitiva.

É importante ressaltar que na efetividade da intervenção não só a cessação do tabagismo tem relevância. A diminuição do número de cigarros fumados por dia também é considerada um fator importante no processo de cessação do tabagismo. Neste estudo, observou-se que todos os participantes diminuíram e mantiveram a diminuição do número de cigarros fumados.

Entre os sujeitos da pesquisa que após a intervenção não conseguiram parar de fumar, houve uma diminuição significativa da quantidade de cigarros fumados por dia, demonstrando uma mudança em seu comportamento tabagístico.

O consumo diário de cigarros, trata-se de um indicador que mede a quantidade de nicotina à qual o indivíduo se tornou dependente[(64).] Quanto maior o número de cigarros fumados por dia, maior a dependência à nicotina, havendo uma grande probabilidade de dificuldades na cessação do tabagismo. Após a dependência estar estabelecida, a dificuldade em abandonar o tabaco é alta, e geralmente proporcional ao número de cigarros ou outro produto de tabaco utilizado, assim como o tempo de consumo dessa nicotina[(16).]

No estudo aqui apresentado, observa-se que a média de cigarros caiu de 17,28 antes da intervenção para 1,45 após a intervenção. Esse resultado nos mostra que a intervenção foi efetiva na mudança comportamental em relação ao comportamento de fumar, fato que facilitaria o processo de

abandono do cigarro em um momento posterior, tanto pela mudança comportamental destes indivíduos, como também pela diminuição da dependência à nicotina.

Da mesma forma, os indivíduos que após a intervenção tinham parado de fumar e que após seis meses voltaram com o tabagismo 30 (29,7%), obtiveram a média de cigarros fumados por dia diminuído, sendo de aproximadamente 1,1cigarros (1-5 cigarros). Assim, estes participantes apesar de terem voltado a fumar, não voltaram ao padrão de comportamento inicial. A quantidade de cigarros fumados por dia é consideravelmente menor comparado ao momento antes do início da intervenção.

Estes resultados indicam que mesmo sem conseguir parar de fumar definitivamente, houve diminuição do uso diário de cigarros. Este achado pressupõe que se estes sujeitos tiverem acesso a programas e ações intensificadas para cessação de tabagismo, estes poderiam se beneficiar com a parada completa do comportamento de fumar.

Neste contexto, a abordagem sugerida neste estudo pode auxiliar estes fumantes a abandonarem com o fumo, visto que a presença de uma carga tabagística diminuída leva a uma atenuação das manifestações da síndrome de abstinência, uma vez que a quantidade de nicotina circulante no sangue é reduzida. Provavelmente um programa com quantidade maior de tempo, possibilitaria a cessação definitiva do comportamento de fumar.

Cabe ressaltar que apesar do objetivo principal dos programas de cessação do tabagismo ser a extinção do uso do cigarro, outro objetivo importante dos programas é levar o dependente da nicotina a locomover-se para um melhor estágio de motivação, incentivando a mudança no sentido de abandonar o cigarro[26]. No presente estudo, a diminuição da quantidade de cigarros fumados por dia também foi considerado como um indicador de efetividade do programa, visto que a mudança comportamental nestes indivíduos já foi instalada.

Outra característica que deve ser observada nos programas de cessação do tabagismo é a abstinência do cigarro a longo prazo, pois sabe-se que os programas possuem uma abstinência imediata maior ao comparar-se com a abstinência a longo prazo. Isso pode ser explicado pelo fato dos programas almejarem a mudança de comportamento do indivíduo, e

durante os primeiros doze meses, há uma maior probabilidade do sujeito ter uma recaída, ou seja, voltar com seu comportamento anterior. Esta recaída normalmente está associada a situações de estresse, presença de outros fumantes no ambiente[32], consumo de bebidas alcoólicas, tédio, estado emocional negativo ou positivo[9].

No estudo aqui apresentado, 38 (37,6%) mantiveram a abstinência após seis meses, ou seja, 30 (29,7%) retornaram com o fumo.

Após seis meses da intervenção telefônica, o serviço disponibilizado em Oregan, atingiu 13,1% de abstinências para aqueles que receberam o aconselhamento intensivo[50]. Na Califórnia, obteve-se uma abstinência de 12,8%[46], já o serviço Australiano obteve 8% de indivíduos abstêmios[85], estes serviços já foram descritos anteriormente.

Os resultados destes estudos que utilizaram a intervenção telefônica, obtiveram uma abstinência em seis meses inferior ao do estudo aqui apresentado, o que pode ser explicado pela estrutura e método adotadas.

Ao comparar-se o resultado do presente estudo com pesquisas que utilizam estratégias comportamentais, observa-se que na maior parte das pesquisas que avaliam a efetividade da Terapia Comportamental no tratamento do tabagismo, obtém-se após seis meses, uma abstinência variando de 15% a 25%[32], resultado também inferior ao aqui apresentado. Nas pesquisas avaliadas, o tratamento comportamental utilizou diversas técnicas sendo consideradas as mais apropriadas: Treinamento de habilidades e solução de problemas; apoio social e ajuda aos fumantes para obtenção de apoio social fora do tratamento[32]. Nota-se que o método utilizado neste presente estudo, diferencia-se pela aplicação da análise funcional do comportamento, identificação e análise dos pensamentos automáticos e crenças disfuncionais, podendo este ser um dos motivos da obtenção de um resultado melhor.

No programa Espanhol, já citado anteriormente, após seis meses, a abstinência alcançada foi de 24% para indivíduos que receberam 10 sessões e 38,7% para aqueles que freqüentaram 5 sessões, resultado mais próximo do encontrado no estudo aqui realizado. Esta semelhança no resultado pode ser explicada pela forma parecida de intervenção, onde ambos trabalharam técnicas que favoreceram a mudança comportamental.

Deve-se salientar que a verificação da abstinência após um ano de intervenção é um indicador importante da efetividade de um programa de cessação do tabagismo. A probabilidade do indivíduo em voltar ao seu comportamento anterior ao programa é menor, uma vez que o processo de mudança de comportamento já se consolidou, os sintomas da síndrome da abstinência cessaram e o indivíduo já estruturou suas estratégias de enfrentamento para as situações de risco para a recaída. Assim este presente estudo apresenta uma limitação importante no que se refere à avaliação de sua efetividade após um ano, seus dados ainda não estão disponíveis, pois os integrantes do grupo de estudo continuam sendo acompanhados.

Quanto às características sóciodemográficas encontradas no grupo aqui estudado, (mulheres com faixa etária entre 40 e 49 anos, casadas que residem com o companheiro e filhos, que não exercem trabalho remunerado, com renda per capita entre R$ 501,00 e R$1.000,00 e que não terminaram o ensino médio) observa-se que algumas delas se assemelham e outras se diferenciam das encontradas nos dados do IBGE a respeito dos fumantes no Brasil ou em São Paulo. Cabe ressaltar que as semelhanças são casuais e as diferenças estão relacionadas às características deste estudo (que não teve metodologia apropriada para um estudo epidemiológico) e as características do serviço onde o estudo foi realizado.

No entanto a caracterização aqui obtida é relevante na medida em que ela pode ter interferido positivamente ou negativamente na motivação, envolvimento, compreensão do método e consequentemente implicação nos resultados.

Em relação ao sexo, idade dos participantes e grau de dependência á nicotina verificado através da aplicação do Teste de Fagerström, observa-se uma probabilidade de impacto positivo neste presente estudo, uma vez que os fumantes do sexo masculino, maiores de 30 anos de idade e com alta dependência á nicotina expresso pelo alcance de seis ou mais pontos no Teste de Fagerström são aqueles que apresentam maiores dificuldades para cessar com o tabagismo[92], características diferentes da maior parte dos integrantes do grupo aqui estudado.

Outra associação que parece ter influenciado de forma positiva neste estudo foi a baixa prevalência de idosos do sexo masculino, que moram sozinho e com baixa escolaridade. Estes indivíduos têm a percepção aumentada das dificuldades em abandonar o vício e pouca autoconfiança dificultando a obtenção de resultados satisfatórios nos programas de cessação do tabagismo [92]. No presente estudo o predomínio de indivíduos com estas características foi muito baixa 2 (1,98%).

Os dados brasileiros mostraram que o tabagismo está mais disseminado entre homens do que entre mulheres, inclusive em São Paulo[20,1], apesar da prevalência ser maior entre os homens. No estudo aqui apresentado, o grupo foi constituído predominantemente por mulheres. Esta diferença pode estar relacionada às características do serviço onde o estudo foi realizado, pois na UBS, o número de atendimentos às mulheres é superior ao atendimento aos homens, fato justificado pela presença do médico ginecologista.

As mulheres, por questões hormonais parecem tender a se viciar mais facilmente ao cigarro do que o homem e provavelmente apresentam maiores dificuldades de parar com o fumo devido à dependência psicológica e o medo de engordar. As dificuldades vivenciadas pelas mulheres que tentam parar de fumar sozinhas podem ter influenciado positivamente na decisão delas procurarem mais a intervenção aqui estudada do que os homens.

Neste estudo a situação conjugal não teve associação com o resultado obtido. É possível que o predomínio de indivíduos casados e que moram com o cônjuge e filhos tenham influenciado de forma positiva o resultado deste estudo. Entre os casais observa-se um maior apoio social, fato que favorece a cessação do tabagismo[93,94]. Os indivíduos casados têm uma maior possibilidade de receber aconselhamento e tratamento médico e apoio para cessação do tabagismo quando comparados com indivíduos que vivem sozinhos[94,95].

A escolaridade não teve associação com o resultado deste estudo, porém pode ter influenciado de forma negativa no índice de sucesso. A amostra estudada teve como característica a baixa escolaridade, houve predomínio de indivíduos que não terminaram o ensino médio 54%, este

dado corrobora com os encontrados na literatura brasileira, cuja prevalência maior de fumantes, foi encontrada nos indivíduos com até oito anos de estudo (20-28%)[20,96]. Postula-se que o maior acesso à informação entre pessoas de maior escolaridade, facilita a não adesão ao comportamento tabagístico, caracterizando a escolaridade como um fator de proteção[20]. Neste estudo foram aplicadas técnicas na qual a escolaridade pode ter influenciado na melhor ou pior adesão e resultado das atividades propostas. Exemplos: atividades de leituras e a realização do diário de automonitorização que exige a escrita e interpretação dos dados. Cabe ressaltar que a aplicação do TOFHLA neste estudo teve o objetivo de excluir os indivíduos com pouca ou inexistente habilidade de leitura e compreensão de materiais relacionados á saúde, garantindo assim o mínimo necessário para a realização das técnicas aqui aplicadas.

A maior parte dos integrantes deste grupo 82 (81,2%), apresentavam uma renda per capita considerada baixa, fato que pode ser característica da população atendida no serviço onde o estudo foi realizado, pois a UBS presta serviços em saúde gratuitamente. Esta característica pode ter influenciado de forma positiva, uma vez que estes integrantes possivelmente não teriam condição financeira de pagar um atendimento privado para cessação do tabagismo, valorizando assim a oportunidade disponibilizada na UBS.

Percebe-se que as características no grupo estudado pode ter influenciado tanto negativamente como positivamente. A escolaridade provavelmente influenciou de forma negativa, porém a maior parte das características sóciodemográficas podem ter influenciado de forma positiva o resultado deste estudo, como o sexo, faixa etária e renda per capita.

A característica demográfica deste estudo não foi o foco central da pesquisa, portanto não podem ser conclusivas. Seus resultados demonstraram que as influências sóciodemográficas devem ser melhores tratadas em futuros estudos.

6 CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho sobre a avaliação da intervenção telefônica baseada na TCC através do uso do telefone para a cessação do tabagismo mostrou que:

- O método aplicado neste estudo mostrou uma efetividade imediata para a mudança de comportamento na cessação do tabagismo (67,3%);
- Após seis meses, o método aplicado apresentou efetividade menor do que apresentada logo após o término da intervenção (37,6%);
- Apresentou efetividade na redução da quantidade de cigarros fumados por dia, tanto em curto como a longo prazo (100%);
- Apresentou efetividade na diminuição da dependência á nicotina avaliada através do teste de dependência à nicotina Fagerström, tanto em curto como a longo prazo (100%);
- Houve aumento do número de tentativas para a cessação do tabagismo (100%);
- Houve aumento da presença de motivos não relacionados à saúde para a cessação do tabagismo (79,2%);
- Não houve diferença na presença de doenças relacionadas com o tabagismo, fatores decisivos e presença de problemas de saúde em geral que motivassem a cessação do tabagismo;
- Em relação às características sociodemográficas houve associação da estrutura familiar (p=0,011) com o resultado do teste de dependência a nicotina, sendo que os indivíduos que moravam com o cônjuge e com filhos apresentaram o resultado do teste a dependência muito baixa.
- Não houve associação entre às características sociodemográficas e a cessação do tabagismo.
- Em relação às variáveis do comportamento houve associação entre o sexo (p=0,001) e a cessação do tabagismo, sendo que

as mulheres obtiveram maior sucesso;

- Houve associação do resultado do teste de dependência a nicotina (p=0,001) e de duas questões do teste com a cessação do tabagismo (p=0,01): O grupo que parou de fumar, apresentou maior quantidade de indivíduos que obtiveram resultado do teste muito baixo, fumavam menos de manhã e tinham menos indivíduos que fumavam de 11 a 20 cigarros por dia.
- O grupo que parou de fumar apresentou maior tempo de ligação em cada intervenção;

REFERÊNCIAS

1. Menezes AMB. Epidemiologia do tabagismo. In: Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação tabagismo. J Bras Peneumol. 2004. 30 (2): 3-7.
2. Abrams DB, Niavra R, Brown RA, Emmons KM, Goldstrein MG, Monti PM, et al. The tobacco dependence treatment handbook: a guide to the best practices. New York: The Guilford Press; 2003.
3. Belmont, MF. Nurses aiding smokers therapist program: nursing scholl intervention model. Deans notes. 1998; 9 (3): 1-2.
4. Department of Health and Human Services United States. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress a Report of the Surgeron general. Washington (DC); 1989.
5. Moraes MA. Avaliação da implantação do programa de controle do tabagismo no Hospital Santa Cruz São Paulo – Capital [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo, 2006.
6. Balbani APS, Montovani JC. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005; 71 (6): 820-7.
7. Torres BS, Godoy I. Doenças tabaco relacionadas. In: Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação tabagismo. J Bras Peneumol. 2004. 30 (2): 19-29.
8. Silva CAR. Composição Química da fumaça do cigarro. In: Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação tabagismo. J Bras Peneumol. 2004. 30 (2): 8-10.
9. Meirelles RHS, Gonçalves CMC. Abordagem Cognitivo Comportamental do fumante. In: Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação tabagismo. J Bras Peneumol. 2004. 30 (2): 30-5.

10. Pereira CAC. 2004 um ano especial na luta contra o tabagismo. J Bras Pneumol. 2004; 30 (2): 1-1.
11. Costa e Silva VL. Uso e controle do tabagismo: determinantes do consumo, estratégias de intervenção e papel da indústria do fumo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Organização Pan – Americana da Saúde. Tabaco e pobreza, um círculo vicioso – A convenção quadro de controle do tabaco: Uma resposta. Brasília: Instituto Nacional do Câncer; 2004; p 29-57.
12. Cresswell J. Smoking Cessation: a job for the health Professional. Community nurs. 1999; 5 (2): 13-4.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de documentação do Ministério da Saúde. Tabagismo e saúde: informação para profissional de saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer. Rio de Janeiro. Pró - Onco; 1995.
15. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil avanços e desafios. Rev. Psiquiat Clín. 2005; 32 (5): 283 -300.
16. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiologia ”Prof. Alexandre Vranjac” Tratamento de dependência da nicotina. Texto básico para implementação de um programa de controle de tabagismo em ambientes de trabalho.
17. Chaves EC, Mendonça LGT. Uso e dependência do tabaco. In: Benseñor IM, Lotufo PA. Epidemiologia: abordagem prática. São Paulo: Sarvier; 2005. p 62-72.
18. World Health Organization. The Millennium development goals and tabacco control: na oportunyty for global partnership. Geneva: 2004.
19. Ministério Saúde. Instituto Nacional Câncer. Prevalência de tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro: 2004.

20. Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PPV, Costa e Silva VL. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. J Bras Pneumol. 2010; 36 (1): 75-83.

21. Mackay J, Eriksen MP. The tobacco atlas. Geneva. World Health Organization; 2002.

22. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). Bull World Health Organ. 2007; 85 (7):527-34.

23. Godoy I. Prevalência de tabagismo no Brasil: medidas adicionais para o controle da doença devem ser priorizadas no Ano do Pulmão. J. Bras. Pneumol. 2010; 36 (1): 4-5.

24. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País, 2001. São Paulo: São Paulo. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

25. Kirchenchtejn C, Chatkln JM. Depedência da Nicotina In: Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação tabagismo. J Bras Peneumol. 2004. 30 (2): 11-8.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ajudando seu paciente a parar de fumar. Coordenação Nacional de controle do tabagismo e prevenção primária ao Câncer. Inca, Rio de Janeiro. 1997.

27. Ismael SMC. Efetividade da terapia cognitivocomportamental na terapêutica do tabagismo. [tese]. São Paulo: Faculdade Medicina, Universidade São Paulo; 2007.

28. Carvalho JT. O tabagismo – Visto sob vários aspectos. Rio de Janeiro. Medsi, 2000.

29. Rosemberg J. Pandemia do tabagismo. Enfoques históricos e atuais. S.E.S. 2002.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro: Skil Line Gráfica; 2001. O Tabagismo como problema de saúde pública; p.7

31. Leslner AL. Understanding drug addiction implications for treatment. Hosp. Pract, 1996; 31(10):47-54.

32. Presman S, Carneiro E, Gigliotti A. Tratamentos não farmacológicos para tabagismo. Rev Psiquiat Clín. 2005; 32 (5): 267 – 75.

33. Focchi GRA, Braun IM. Tratamentos farmacológicos para o tabagismo. Rev Psiquiat Clín, 2005; 32 (5): 259-66.

34. Car J, Sheikh A. Telephone consultations. Br. Med. J. 2003; 326: 966-9.

35. Cummins SE, Bailey L, Campbell S, Koon-Kirby C, Zhu SH. Tabacco cessation quitlines in North America. Tob. Control. 2007; 16 (1): 09 – 15.

36. Rabius V, Pike KJ, Hunter J, Wiatrek D, McAlister AL. Effects of frequency ad duration in telephone counseling for smoking cessation. Tob. Control. 2007; 16 (1): 71-4.

37. Wakefield M, Borland R. Saved by the bell: the role of telephone helpline services in the context of mass-media anti-smoking campaigns. Tob Control. 2000; 9 (2): 117-9.

38. Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando H A, Ossip-Klein DJ, Boles SM. Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence. Health Educ Res. 1996; 11(2): 243-57.

39. Platt S, Tannahill A, Watson J, Fraser E. Effectiveness of antismoking telephone helpline: follow up survey. Br. Med. J. 1997; 314 (7091): 1371-5.

40. Boyle RG, Solberg LI, Asche S E, Boucher JL, Pronk NP, Jensen CJ. Offering telephone counseling to smokers using pharmacotherapy. Nicotine Tob Res. 2005; 7: 19-27.

41. Mazoni CG, Fernandes S, Pierozan OS, Moreira T, Freese L, Ferigolo M, et al. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. Estudos de Psicol. 2008; 13(2): 133-40.

42. Bottorff JL, Johnson JL, Moffat B, Fofonoff D, Budz B, Groening M. Synchronizing clinician engagement and client motivation in telephone counseling. Qual Health Res. 2004; 14: 462-77.

43. Abdullah AS, Mak YW, Loke AY, Lam TH. Smoking cessation intervention in parents of young children: a randomized controlled trial. Addiction. 2005; 100: 1731-40.

44. Helgason AR, Tomson T, Lund KE, Galanti R, Ahnve S, Gilljam H. Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation. Eur J of Public Health. 2004; 14(3): 306--10.

45. Mazoni CG, Bisc NK, Freese L, Ferigolo M, Barros H. Aconselhamento telefônico reativo para cessação do consumo do tabaco: relato de caso. Aletheia. 2006; 24: 137-48.

46. Shu SH, Anderson CM, Johnson CE,Tedeschi G. Roeseler A. Centralised telefhone service for tobacco cessation one California experience. Tab Control. 2000; 9 (2): 48-55.

47. Rodgers A, Corbett T, Bramley D, Riddell T, Wills M, Lin R-B, et al.Do smoke after txt? Results of a randomised trial of smoking cessation using mobile phone text messaging. Tob Control. 2005; 14: 255–61.

48. Free C, Whittaker R, Knight R, Abramsky T, Rodgers A, Roberts IG. A pilot randomised controlled trial of mobile phonebased smoking cessation support. Tob Control. 2009; **18**: 88–91.

49. Brendryen H,Drozd F, Kraft P. A Digital Smoking Cessation Program Delivered Through Internet and Cell Phone Without Nicotine Replacement (Happy Ending): Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2008; 10(5): e51.

50. Holles JF, McAfee TA, Fellows JL, Zbikowski SM, Stark M, Redlinger K. The effetiveness and cost effectiveness of telephone cunselling and the nicotine patch in a state tobacco quitline. Tob Control. 2007; 16: 53-9.

51. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Divisão de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco. Coordenação Nacional de controle do tabagismo e prevenção primária ao Câncer. Inca, Rio de Janeiro.

52. Beck JS. Terapia Cognitiva teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. História da Terapia Cognitiva; p 17-27.

53. Dattlio FM. Freeman A. Compreendendo a Terapia Cognitiva. Campinas: Editorial Psy; 1992. Introdução a terapia cognitiva; p 19-28.

54. Centro de Promoção da Saúde do Serviço de Clínica Médica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Roteiro de procedimentos básicos. São Paulo; 2008.

55. Beck JS. Terapia Cognitiva teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. Conceituação cognitiva; p 28-39.

56. Kirk J. Avaliação cognitivo comportamental. In: Hawton K, organizador. Terapia cognitiva comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático. São Paulo: Martins Fontes. 1997. p 19 –73.

57. Moreira MB,MedeirosCA. Princípios básicos de análise do comportamento. Porto Alegre: Artmed. 2007.

58. Skinner BF. Ciência e comportamento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 1974.

59. Cunha ABC. Análise experimental do comportamento. In: Range B, organizador. Psicoterapia comportamental e cognitiva pesquisa, prática, aplicações e problemas. São Paulo: Editorial Psy. 1998. p 15-26.

60. Meyer S. Análise do comportamento. In: Costa CE, Luiza JC, Sant'Anna HLN. Primeiros passos em análise do comportamento e cognições. São Paulo: ESETec Editores Associados. 2003. p 75-91.

61. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva: World Health Organization. 1991.

62. Pietrobon RC, Barbisan JN, Manfroi WC. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul. 2007; 27 (3): 31 -6

63. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao portugues do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. Rev Bras Méd. 2002; 59: 73-80

64. Halty LS, Huttner MD, Neto ICDO, Santos VAD, Martins G. Análise da utilização do questionário de tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. J. Pneumol. 2002; 28(4): 180-6.

65. Ewing, J.A. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA. 1984; 252:1905-7

66. Masur, J. Monteiro, M.G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. Brazilian Med Biol Res. 1983; 16(3):215-8.

67. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A et al. Performance of a brasilian population on the test of funcional health literacy in adults – short version (S-Tofhla). Dementia e Neuropsychologia. 2007 (2): 42-73.

68. Beck JS. Terapia Cognitiva teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. Identificando e modificando as crenças intermediárias; p 146-73.

69. Beck JS. Terapia Cognitiva teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. Identificando e modificando as crenças intermediárias; p 146-73.

70. Beck.JS. A estrutura da primeira sessão de terapia. In Beck. JS. Terapia Cognitiva teoria e prática. Porto Alegre; 1997; cap 3. 40-58.

71. Caballo VE, Buela G. Técnicas diversas em Terapia Comportamental . In: Caballo VE. Manual e técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos; 2002. p 685-720.

72. Beck JS. Terapia Cognitiva teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. A estrutura da primeira sessão de terapia; p 40-58.

73. Range B. Psicoterapia cognitiva. In: Range B, organizador. Psicoterapia comportamental e cognitiva pesquisa, prática, aplicações e problemas. São Paulo: Psy;1998. p 43-54.

74. Beck JS. Terapia Cognitiva teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. Sessão dois em diante: estrutura e forma; p 59-75.

75. Beck JS. Terapia Cognitiva teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. Tarefas de casa; p 253-273.

76. Silva CJD, Serra AM. Terapia Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26 (1): 33-9.

77. Beck JS. Terapia Cognitiva teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. Término e prevenção de recaídas; p 274-288.

78. Lipp MN. Ética e psicologia comportamental. In: Range B, organizador. Psicoterapia comportamental e cognitiva pesquisa, prática, aplicações e problemas. São Paulo: Psy;1998. p 109-20.

79. Dobson KS, Franche RL. A prática da terapia cognitiva. In: Caballo VE. Manual e técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos; 2002. p 441-70.

80. Vera MN, Vila J. Técnicas de relaxamento . In: Caballo VE. Manual e técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos; 2002. p 147-66.

81. Edelstein BA, Yoman J. A entrevista comportamental. In: Caballo VE. Manual e técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos; 2002. p 663-684.

82. Nagela VC. O modelo cognitivo - comportamental em grupo e seus efeitos sobre as estratégias de enfrentamento, os estados emocionais e a pressão arterial em mulheres hipertensas. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

83. Correia R, Raposos V. Experiência da linha SOS SIDA em aconselhamento telefônico. In: IV Congresso Virtual de HIV-AIDS-comunicação: epidemiologia, prevenção e saúde pública.

84. Gilbert H, Sutton S. Evaluating the effectiveness of proactive telephone counselling for smoking cessation in a randomized controlled trial. Addiction. 2006; 101: 590–8.

85. Miller CL, Wakenfield M, Roberts L. Uptake and effectivenesss of the Australian telephone Quitline service in the context of a mass media campaign. Tob Control. 2003; 12(2): 53-8.

86. Oyama SMR. Abordagem telefônica para promoção da saúde. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

87. Oterro UB, Perez CA, Szklo M, Esteves GA, Pinho MM, Szklo AS, et al. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(2):439-49.

88. Sardinha A, Oliva AD, Augustin JD, Ribeiro F, Falcone EMO. Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. Rev bas Ter Cogn. 2005; 1(1).

89. Gacia MP, Becoña E. Evalution of the amount of terapist contact in a smoking cessation program. Span J Psychol. 2000; 3(1) 28-36.

90. Oyama SMRO, Chaves EC. Aconselhamento telefônico para cessação do tabagismo. Rer Gaucha Enferm. 2008;29(4) 513 – 9.

91. Haggstram FM, Chatkin JM, Blanco DC, Rodin V, Fritscher CC. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. J Pneumol. 2001; 27(5):255-61.

92. Dorea AJP, Botelho C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. In: Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação tabagismo. J Bras Peneumol. 2004; 30 (2): 41-6.

93. King AC, Taylor CB, Haskell WL. Smoking in older women. Is being female a 'risk factor' for continued cigarette use? Arch Intern Med. 1990; 150(9): 1841-6

94. Freitas ERFS, Ribeiro LRG, Oliveira LD, Rissas JM, Domingues VI. Fatores associados ao tabagismo em idosos residentes na cidade de Londrina, Brasil. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010; 13(2): 277 -87.

95. Ossip-Klein DJ, McIntosh S, Utman C, Burton K, Spada J, Guido J. Smokers ages 50+: who gets physician advice to quit? Prev Med. 2000; 31(4):364-9.

96. Silva GA, Valente JG, Almeida LM, Moura EC, Malta DC. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009; 43(2): 48-56.

ANEXOS

ANEXO 1 – CÁLCULO AMOSTRAL

Tamanho da amostra para estudo pareado.

Proporções do calculo 3% e 14%.

Evento taxa no grupo de controle (0-1) Pré: 0,03.

Evento taxa em grupo experimental (0-1) Pós: 0,14.

Correlação r = coeficiente de correlação entre pareados

	Erro tipo =0.05			**Erro tipo =0.01**			**Erro tipo=0.001**		
	r=0	**r=0.1**	**r=0.2**	**r=0**	**r=0.1**	**r=0.2**	**r=0**	**r=0.1**	**r=0.2**
Poder=80%	89	80	70	137	123	109	204	185	165
Poder=90%	113	100	86	165	147	128	239	215	189
Poder=99%	180	155	129	245	214	181	334	294	252

Esta teste indica o número mínimo de pares de sujeitos que são necessários para detectar um verdadeiro risco relativo.

O coeficiente “r"representa o grau de independência entre os dois grupos e o r = 0,2 é geralmente assumida.

Formula:

$$n = \frac{\frac{z_\alpha}{2} + z_\beta \sqrt{p_a q_a}}{(p_a - 0.5)^2 (p_y + p_x)} \qquad pa = \frac{p_y}{p_y + p_x}$$

$$p_y = p_s(1-q_c) - r\sqrt{p_s(1-p_s)p_c(1-p_c)} \qquad p_x = p_c(1-q_s) - r\sqrt{p_s(1-p_s)p_c(1-p_c)}$$

Portanto pelos cálculos acima necessitamos de no mínimo 86 casos para obtermos um poder de 90% e nível de significância de 5%.

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO TABAGISMO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Data do preenchimento: ...../...../.....

Nome: ..... Sexo: □ M □ F

RG: .....Data de Nascimento: ...../...../.....

Escolaridade: **( )** Universitário completo

( ) Universitário incompleto

( ) Ensino médio completo (antigo colegial ou segundo grau)

( ) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou segundo grau)

( ) Ensino fundamental (antigo ginasial ou primeiro grau)

Estado civil: **( )** Solteiro ( ) Divorciado/separado

( ) Casado ( ) Outros

Estrutura doméstica: **( )** Mora só

( ) Mora com a família (pais)

( ) Mora com cônjuge/companheiro (a) sem filhos

( ) Mora com cônjuge/companheiro (a) com filhos

( ) Mora com filhos sem cônjuge/companheiro (a)

Qual sua renda familiar? (considerar os rendimentos de todos que moram em sua casa)

( ) Até R$ 1000 ( ) Entre R$ 1000 e R$ 2000

( ) Entre R$ 2000 e R$ 3000 ( ) Entre R$ 3000 e R$ 5000

( ) Entre R$ 5000 e R$ 8000 ( ) Acima de R$ 8000

Quantas pessoas do seu convívio dependem desta renda?

Em média, você trabalha quantas horas por semana?

Cargo/função:

Data de admissão: ...../...../.....

Tels. Com.: ..... E-mail com

Endereço residencial:

Tels. Res.: ..... E-mail res.: .....

Indicar pessoa (nome e telefone) que possa mediar contato, se necessário (caso você mude de endereço comercial ou residencial até o término da pesquisa):

INDICADORES DE SAÚDE

1. Fuma quantos cigarros por dia?

2. Fuma há quanto tempo?

3. Iniciou a fumar com quantos anos?

4. Já tentou parar de fumar?

( ) Sim Quantas vezes? Há quanto tempo? ( ) Não

Utilizou : ( ) Medicação ( ) terapia ( ) Ajuda prof saúde
( ) Adesivos de nicotina ( ) Sozinho ( ) Outro

5. No último ano, você reduziu o número de cigarros que fuma por dia?

( ) Sim ( ) Não

6. No último ano, você teve algum motivo maior, exceto problema de saúde, que o levou a tentar parar de fumar (por exemplo, pedido de uma pessoa da família ou amigo, morte na família ou de conhecido por doença relacionada ao cigarro, casamento ou novo relacionamento, etc)?

( ) Sim Qual? …… ( ) Não

7. No último ano, você teve algum problema de saúde que o levou a tentar parar de fumar?

( ) Sim Qual? …… ( ) Não

8. Dos fatores relacionados abaixo, qual ou quais você considera ter (em) sido decisivo (s) para você tentar parar de fumar?

( ) Apoio de familiares e amigos ( ) Apoio médico

( ) Apoio de outro profissional de saúde ( ) Informação disponível na mídia

( ) Mudanças gerais no seu contexto de vida ( )Força de vontade própria

( ) Outros (especificar): ……

9. Tem alguma doença relacionada ao tabaco?

( ) Sim ( ) Não

Se sim: Qual ( ) Cancer ( ) doença cardiovascular ( ) dor tórax

( ) tosse ( ) falta ar ( ) Doença pulmonar

( ) Outro

10. Apresenta problema saúde geral?

( ) Sim ( ) Não

11. Se sim qual?

12. Tem alguma doença psiquiátrica?

( ) Sim ( ) Não

13. Se sim qual?

14. Toma alguma medicação pisicotrópica?

( ) Sim ( ) Não

Se sim qual?

15. Utiliza algum tipo de droga?

( ) Sim ( ) Não

Se sim qual?

16. Fuma cachimbo, cigarrilhas, cigarro de palha ou outro derivado do tabaco?

( ) Sim ( ) Não

ANEXO 3 – TESTE DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA: FAGERSTRÖM

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

( ) Dentro de 5 minutos 3
( ) Entre 6 e 30 minutos 2
( ) Entre 31 e 60 minutos 1
( ) Após 60 minutos 0

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?

( ) Sim 1
( ) Não 0

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

( ) O primeiro da manhã 1
( ) Outros 0

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

( ) Menos de 10 0
( ) De 11 a 20 1
( ) De 21 a 30 2
( ) Mais de 31 3

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

( ) Sim 1
( ) Não 0

6. Você fuma mesmo doente?

( ) Sim 1
( ) Não 0

Conclusão sobre o grau de dependência

0 - 2 pontos: muito baixo

2 - 4 pontos: baixo

5 pontos: médio

6 -7 pontos:elevado

8 –10 pontos: muito elevado

ANEXO 4 – CAGE

1. Já passou pela sua cabeça, alguma vez, que você precisa parar de beber?
2. As pessoas tem aborrecido você criticando-o por beber?
3. Alguma vez você se sentiu aborrecido ou culpado pelo tanto que está bebendo?
4. Alguma vez você teve que tomar alguma bebida logo cedo de manhã para acalmar os nervos ou espantar a ressaca?

ANEXO 5 – TOFHLA

Teste de alfabetização funcional para adultos na área de saúde – TOFHLA (versão breve).

Instruções:

Compreensão de leitura.

“Aqui estão algumas instruções médicas que você ou qualquer pessoa pode encontrar aqui no hospital. Em cada frase faltam algumas palavras. Onde falta a palavra, há um espaço em branco e há 4 palavras para escolher. Quero que você escolha qual destas 4 palavras é a palavra que falta na frase, a que faz mais sentido na frase. Quando você decidir qual é a palavra correta para aquele espaço, circule a letra correspondente a ela e passe para a próxima frase. Quando você terminar a página, vire-a e continue na página seguinte até terminar.”

(Interromper após 7 minutos)

Questões orais:
Parte numérica:
Dar ao paciente um cartão para cada questão.
Ler cada questão e registrar a resposta.
Andes de apresentar o cartão 1: “Estas são instruções que podem ser dadas a você no hospital. Leia bem cada instrução. Farei perguntas sobre elas”.
Antes de apresentar cada cartão dizer: “Olhe aqui, por favor”.

(Interromper após 10 minutos)

Cartão 1: Se você tomasse a primeira cápsula às 7:00 hs da manhã, a que horas você deveria tomar a próxima?
Cartão 2: Se esta fosse sua taxa de glicemia hoje,estaria normal?
Cartão 3: Se este fosse seu cartão, quando seria sua próxima consulta?
Cartão 4: S você fosse almoçar ás 12:00, e quisesse tomar a medicação antes do almoço, a que horas você deveria tomá-la?
Escores:
Passagens A e B: 2 pontos para cada lacuna correta (36 lacunas = 72 pontos)

Itens numéricos: 7 pontos para cada resposta correta (4 questões = 28 pontos)

Escore total: 100 pontos

Gabarito

1A	7B	13B	19D	25B	31B
2C	8B	14C	20B	26C	32A
3B	9D	15D	21D	27D	33D
4A	10B	16A	22C	28D	34C
5C	11C	17C	23A	29A	35B
6A	12C	18A	24D	30C	36B

TOFHLA (Compreensão da leitura)

Seu médico encaminhou você para tirar um Rx de _____

(a) Estômago
(b) Diabetes
(c) Pontos
(d) Germes

Quando vier para o _____você deve estar com o estômago _____.

a) livro
b) fiel
c) raio x
d) dormir

a) asma
b) vazio
c) incesto
d) anemia

O exame de raio x vai _____ de 1 a 3 _____

a) durar
b) ver
c) falar
d) olhar

a) camas
b) cabeças
c) horas
d) dietas

A véspera do dia do raio X

No jantar, coma somente um pedaço _____de fruta.

a) pequeno
b) caldo
c) ataque
d) náusea

torradas e geléia, com _____ ou chá

a) lentes
b) café
c) cantar
d) pensamento

Após _____, você não deve_____ nem beber_____

a) o minuto	a) conhecer	a) tudo
b) a meia noite	b) vir	b) nada
c) durante	c) pedir	c) nada
d) antes	d) comer	d) algum

até _____o Raio X.

a) ter
b) ser
c) fazer
d) estar

No dia do RX

Não tome _____.

a) consulta
b) caminho
c) café da manha
d) clínica

Não _____, nem mesmo _____.

a) Dirija	a) coração
b) Beba	b) respiração
c) Vista	c) água
d) Dose	d) câncer

Se tiver alguma _____, ligue para _____ de raio X no n. 222-2821

a) Resposta	a) o departamento
b) Tarefa	b) disque
c) Região	c) a farmácia
d) Pergunta	d) o dental

Eu concordo em dar informações corretas para _____receber atendimento adequado neste hospital.

a) cabelo
b) salgar
c) poder
d) doer

Eu _____que as informações que eu _____ ao médico

a) Compreendo	a) provar
b) Sondo	b) arriscar
c) Envio	c) cumprir
d) Ganho	d) transmitir

Serão muito _____ para permitir o correto _____.

a) proteínas	a) agudo
b) importantes	b) hospital
c) superficiais	c) mioma
d) numéricas	d) diagnóstico

Eu _____ que devo relatar par o médico qualquer _____ nas

a) Investigo
b) Entretenho
c) Entendo
d) Estabeleço

a) alteração
b) hormônio
c) antiácido
d) custo

Minhas condições dentro de _____ (10) dias, a partir do momento

a) três
b) um
c) cinco
d) dez

em que tornar _____ da alteração.

a) honrado
b) ciente
c) longe
d) devedor

Eu entendo _____ se EU NÃO me _____ ao tratamento,

a) assim
b) isto
c) que
d) do que

a) alimentar
b) ocupar
c) dispensar
d) adptar

tenho _____ de _____ uma nova consulta _____para o hospital

a) brilho
b) esquerdo
c) errado
d) direito

a) solicitar
b) reciclar
c) falhar
d) reparar

a) contando
b) lendo
c) telefonando
d) observando

Se você _____de ajuda para entender estas _____,

a) lavar
b) precisar
c) cobrir
d) medir

a) instruções
b) taxas
c) hipoglicemias
d) datas

Você deverá _____uma enfermeira ou funcionária do _____social,

a) relaxar
b) quebrar
c) aspirar
d) procurar

a) tumor
b) abdômen
c) serviço
d) adulto

para _____ todas as suas _____

a) encobrir
b) esclarecer
c) desconhecer
d) esperar

a) pélvis
b) dúvidas
c) tomografias
d) consoantes

CARTÃO DE CONSULTA
Clínica: Endocrinologia / Diabetes Local: 3° andar
Dia: Quinta feira Data: 2 de abril Horário: 10:20 hs
Marcado por:
NO DIA DA CONSULTA, TRAGA SUA CARTEIRINHA

GLICEMIA NORMAL: 70 – 99

Sua glicemia hoje é de 120

Data fabric: 08/07/04 Valid 02 meses
Pac: João Carlos Silva
Dr André Marques

Uso oral:
Omeprazol 20 caps

Posologia: Tomar a medicação com o estômago vazio. Tomar o comprimido uma hora antes ou duas horas depois do almoço

Data fabric: 08/07/04 Valid 02 meses
Pac: João Carlos Silva
Dr André Marques

Uso oral:
Ampicilina 100 mg 20 caps

Posologia: Tomar a medicação a cada 06 horas

Escore	**Interpretação**
0-53	**Inadequado**
54 – 66	**Limítrofe**
57 – 100	**Adequado**

ANEXO 6 - APROVAÇÂO DO COMITÊ E ÉTICA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
☎ Fone: 3061-7548 - Fax: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 19 de dezembro de 2007.

Il.ma Sr.a
Silvia Maria Ribeiro Oyama

Ref.: Processo nº 682/2007/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **"Abordagens cognitivos comportamentais para cessação do tabagismo"**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fat Fernandes
Prof.a Dr.a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 7 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a):

Como aluna de Pós Graduação em Enfermagem Saúde Adulto (PROESA) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, eu Silvia Maria Ribeiro Oyama, estou desenvolvendo um trabalho de pesquisa, sob orientação da Professora Dra.Eliane Corrêa Chaves, enfermeira, titular e docente desta escola.

Este trabalho tem a finalidade de verificar a eficiência da intervenção telefônica na amostra estudada.

Para isso venho pedir a sua autorização para incluí-lo no grupo de estudo.

Você receberá ligações telefônicas a cada semana durante 2 meses e após este período, uma ligação por mês até completar 1 ano, para assegurar maior proteção para ambos os lados, as ligações telefônicas serão gravadas na íntegra.

Esclareço que a participação neste trabalho não é obrigatória e que sua negação não trará qualquer prejuízo a sua pessoa.

A pesquisadora se compromete a manter o sigilo e o caráter confidencial de sua identificação e de suas informações.

Coloco-me à sua disposição para esclarecimento que o senhor (a) achar necessários.

Antecipadamente agradeço a sua atenção.

Tel: 7673-4971, e-mail: silviaoyama@yahoo.com.br

Tel comitê ética Escola Enfermagem Universidade de São Paulo: 3061-7548

Eu,_____,
após ler, compreender e não ter dúvidas sobre as informações descritas, concordo participar deste estudo.

_____ _____/_____/_____

Assinatura Data

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ORIENTAÇÕES

Deixar de fumar é um processo, e na maioria das vezes leva tempo, pois envolve grandes mudanças de comportamento.

Todas as orientações foram baseadas na experiência dos grupos de cessação do tabagismo do Centro de Promoção da Saúde da FMUSP, nos materiais de apoio fornecido pelo Instituto Nacional do Câncer como a Abordagem e Tratamento ao fumante: Consenso 2001.

O cigarro causa diversos malefícios, entre eles:

- Fumar duplica o risco de doença cardíaca,
- Aumenta seis vezes o risco de enfisema pulmonar,
- Aumenta dez vezes o risco de câncer do pulmão,
- Encurta a esperança de vida em 5 a 8 anos,
- Envelhecimento precoce, com aparecimento de rugas,
- Deixa os dentes e as pontas dos dedos amareladas,

Parando de fumar, você:

- Melhora sua qualidade de vida,
- Melhora a sua resistência física,
- Sensação de bem-estar e aumento da auto estima,
- Economia de dinheiro.
- Após dois minutos a pressão arterial e a pulsação voltam ao normal.
- Após três semanas a respiração se torna mais fácil e a circulação melhora.

- Após um ano o risco de morte por infarto do miocárdio se reduz à metade.
- Após cinco a dez anos o risco de sofrer infarto será igual ao das pessoas que nunca fumaram.
- Após vinte anos o risco de contrair câncer de pulmão será igual ao das pessoas que nunca fumaram.

Orientações de como evitar situações de risco

- Evitar todas as situações associadas à vontade de fumar, se não for possível, evitar as situações de maior risco, principalmente nas primeiras semanas. Como por exemplo: festas, situações de tédio, solidão, pausas para o cafezinho...

- Escapar: Quando não é possível evitar uma situação de alto risco, escape. Mude de sala durante uma festa para evitar os fumantes, caminhe fora do escritório em momentos de muita pressão...

- Distrair: Quando não puder escapar, mude de idéia ou de lugar, ache um novo foco de atenção, pense em coisas boas que dão prazer sem seu cigarro,

- Adiar: Espere um pouco ao sentir fissura, pois esta não dura mais que cinco minutos.

- Identificar dentro dos seus hábitos cotidianos aqueles que se associam à vontade de fumar (os “gatilhos”), por exemplo, o cafezinho, a cerveja com os amigos, os momentos de estresse etc. e procurar meios para evitá-los ou, no mínimo, modificá-los.

- Evite café, caso o faça, utilize local diferente dos quais está acostumado,

- Escove os dentes logo após as refeições,

- Evite a ociosidade, tenha sempre a mão algum passatempo,

- Beba água ou suco nas reuniões demoradas e quando sentir

fissura,

- Renove seus propósitos em não fumar, lembrando-se das vantagens em ser um não fumante (manutenção da saúde, melhora da qualidade de vida...),

- Recuse cigarros oferecidos por amigos, acostume-se a dizer que você é um ex-fumante e que não tem razões para desistir, peça para que o amigo o ajude, respeitando sua decisão em não fumar,

- Faça telefonemas longos desenhando, rabiscando, para distrair-se do desejo de fumar,

- Veja televisão sentado em uma poltrona diferente da qual está acostumado,

- Fique sempre ocupado quando estiver sozinho em casa, arrume a bagunça, lave o carro,

- Respire profundamente, pelo menos dez vezes, expandindo o abdome, quando em situações de estresse,

- Relaxe e imagine lugares e situações prazerosas ou os benefícios à saúde de estar sem fumar, imaginem também as doenças ou os pulmões enegrecidos, gerados pelo ato de fumar, isso ajuda a bloquear o desejo por cigarros.

- Saber reconhecer os sintomas que podem acontecer ao parar de fumar, como tosse, falta de ar, cansaço. Estes podem demorar a desaparecer, mas tendem a melhorar progressivamente

Alguns fumantes apresentam sintomas de abstinência como dor de cabeça, tonteira, irritabilidade, alteração no sono, nervosismo, agitação, perda de concentração e memória, dor de cabeça entre outros, os quais têm graus variáveis de intensidade e são favorecidos também pela pressão social (atividades diárias, relacionamentos, situações conflitantes). Esses

sintomas duram no máximo uma a três semanas, e nem todo fumante os apresentam. Nesta fase inicial de abstinência do cigarro ao sentir:

- Ansiedade: Respire profundamente, evite tomar café, mude os afazeres no momento, pense em situações prazerosas,

- Irritação: Ande, respire fundo, faça alguma coisa diferente do que está fazendo naquele momento,

- Insônia: Tome um copo de leite desnatado ou chá quente, leia um pouco, pense em coisas relaxantes,

- Perda de concentração e cansaço: Caminhe um pouco, faça alguma coisa diferente, tente descansar,

- Dor de cabeça: Relaxe procure que isto faz parte da síndrome de abstinência e que passará logo,

- Tosse: Tome água, ou sucos naturais,

- Fome: Coma alimentos de baixas calorias beba água gelada, faça refeições balanceadas.

A fissura é uma manifestação bastante comum e que tende a tornar-se cada vez mais esparsa com o passar do tempo. Cada episódio não dura mais que cinco minutos, e depois desaparece. Existem estratégias para lidar com esses sintomas e falar da utilização de medicamentos capazes de reduzi-los.

Há realmente uma probabilidade de um moderado ganho de peso. A média de ganho de peso após a cessação de fumar fica em torno de 2 a 4 kg. Vale ressaltar que cerca da metade irá ganhar menos do que isso; alguns podem não engordar, e alguns podem até emagrecer. No entanto, 1 em cada 10 fumantes pode ganhar de 11 a 13,5 kg ao parar de fumar. A maior parte desse aumento de peso ocorre em média nos primeiros seis meses após a cessação, se estabilizando após 1 ano.

APÊNDICE 2 – TRANSCRIÇÃO

Transcrição das técnicas contidas nas intervenções telefônicas.

1. Construção do contrato.

P: "O atendimento será uma vez por semana, durante oito semanas, de preferência sempre no mesmo dia, tudo bem assim?"

C: "Tudo bem, qual o dia que a sra vai estar me ligando?"

P: "A sra pode escolher."

C: "Pode ser toda terça feira então."

P: "Ok, qual o horário melhor?"

C: "Hum...deixa eu ver... acho melhor bem cedinho... umas 8:00, assim não tenho que parar as coisas."

P: "Então está combinado, nos próximos 2 meses eu te ligarei toda terça feira ás 08:00, fechado?"

C: "Sim, assim ta bom."

2. Construção de uma aliança terapêutica segura.

P: " Dona Maria, tudo o que a gente conversar nos atendimentos é sigiloso, não comentarei nada com ninguém."

C: "Se você quiser falar também ,não tem problema não, todo mundo me conhece aqui e sabe que eu estou tentando há muito parar com essa droga.

P: "Mesmo a sra não se importando, as informações que você me dará ficarão apenas comigo.

C: "Ok, vamos lá."

3. Atualização do estado atual do cliente e revisão breve do problema tabagismo.

P: "Enfim, quantos cigarros você está fumando por dia atualmente?"

C: "Um maço todo dia"

P: "Então não mudou essa quantidade nos últimos meses,

C: "Não, há muitos anos fumo um maço"

P: " Você já utilizou algum medicamento para parar de fumar?"

C: "Remédios não, mas já fiz chá com a cinza do cigarro e tomei, era nojento, mas tomei uma semana e mesmo assim não parei de fumar."

4. Análise das dificuldades para a cessação do tabagismo e busca de alternativas.

P:" Qual a sua maior dificuldade para parar de fumar?"

C: "Sei que se eu parar vou ficar um bucho de gorda, não quero ficar mais gorda ainda."

P: "Você já engordou por ficar sem o cigarro?"

C: "Nunca parei não, mas minha prima parou e engordou uns 10 quilos em dois meses, não quero isso assim não."

P: "Nem todo mundo engorda ao parar de fumar, o que acontece com essas pessoas que engordam muito é que elas muitas vezes trocam o cigarro pela comida."

C: "Deve ser mesmo...engordar tanto..."

P: "E o maior problema é o tipo de alimento que se come, normalmente são alimentos bem calóricos, com muita gordura, frituras e principalmente doces.

C: "Ah...mas eu não quero engordar."

P: "Podemos trabalhar este seu medo com calma, verificando alomentos que você pode abusar sem ganhar muitas calorias e também tentar controlar essa vontade de comer."

C: "Com certeza, pois se eu começar embuchar muito eu prefiro é fumar."

5. Coleta de informações adicionais sobre as dificuldades do cliente.

P: "Sobre as suas dificuldades anteriores de parar de fumar, me conte um pouco mais."

C: "O problema é que minha mulher me enche muito, fala, fala, fala, eu fico estressado e pronto fumo, fumo mesmo, parece que fumo até mais."

P: "Então quando o Sr. está estressado você fuma, e quando mais?"

C: "Se tenho algo importante no dia também , as vezes algum pedido especial da patroa, quando tenho que dirigir muito longe para ela, estas coisas assim."

6. Ponte com o atendimento anterior.

P: "No último contato, conversamos bastante sobre suas dificuldades de parar de fumar nas tentativas anteriores, você ficou de pensar se tinha mais alguma dificuldade, você lembrou de alguma coisa?"

C: "Não, acho que é só isso mesmo, que já é bastante né? rssss

7. Informação ao cliente: Fornecimento de orientações gerais sobre o tabagismo e a abordagem do atendimento.

P: "Parando de fumar você terá benefícios logo de imediato e a longo prazo também".

C: Eu quero é mais mesmo é ter saúde e ter folego...também espero que a minha pressão melhore.

P: "Isso deve acontecer, pois o cigarro também interfere na pressão arterial"

8. Estabelecimento da tarefa de casa.

P: "Você acha possível anotar isso que te pedi?"

C: "Sim, vou tentar, uns dois ou três dias, né?"

P: "Sim, você anota o máximo que você conseguir. Voltando você anotará o horário que você for fumar, o que você estava fazendo antes de fumar e o que você fez após fumar, deu para entender certinho?"

C: "Sim, eu já anotei tudinho para não esquecer nada, acho que dá certo, sim, vamos ver na próxima"

9. Revisão da tarefa de casa.

P: "Você fez a tarefa do último atendimento?"

C: Fiz sim e foi bem interessante

P: "o que você fez exatamente?"

C: "Entrei no site do INCA, vi um monte de coisas, li algumas coisas, mas quero entrar de novo, pois tem muitas coisas."

10. Prevenção de recaída;

P: "Você consegue me listas as situações que você acha mais difícil ficar sem fumar?"

C: "Acho que é depois do almoço, sinto muita falta do cigarro."

P: 'Esses momentos são os momentos de maior risco para você voltar a fumar, vamos tentar ver o que é possível fazer para você não fumar nestes momentos."

C: "Ok."

11. Estabelecimento de metas;

"Você já pensou qual será a sua meta?"

C: "Pensei sim, quero parar logo e de uma vez só."

P: "Bem, agora você já pensou sobre isso, você me diz a data que você escolheu para parar de fumar."

C: "Daqui a 10 dias, assim tenho tempo de me preparar bem para isso, né?"

12. Ensino da técnica de distração;

P: "Você sabe fazer alguma atividade manual, tipo tricô, crochê, pintura, outra atividade?"

C: "Sei fazer tricô, às vezes eu faço"

P: O que você acha de fazer tricô estes dias? Assim você se concentra nesta atividade e não fica pensando no cigarro."

C: "É pode ser, mesmo...sabe que quando faço tricô nada tira a minha atenção."

P: "Ótimo, assim você muda um pouco seu foco e ao invés de pensar no cigarro, você se concentra no tricô."

13. Treinamento as*sertivo;*

C: "É muito difícil dizer para ela que não vou fumar com ela quando ela me chama."

P: "vamos analisar as possibilidades de resposta para a Ana nesta situação? Vamos imaginar que eu sou a Ana e estamos voltando para casa, estamos conversando, eu pego meu maço e te ofereço, o que você faria ou falaria?"

C: "hummm sei lá, sei que tenho que negar, mas é difícil."

P: "Ok, mas tenta responder como se você estivesse nesta situação agora."

14. Ensino da técnica de relaxamento;

P: "Você pode tencionar os músculos das mãos, permanece tensionado por alguns segundos e relaxa"

C: "Sei."

P: "Depois você vai tencionando os outros músculos e vai soltando, sempre tenciona por alguns segundos e depois relaxa."

15. Indicação para o uso de material suporte;

P: "Você tem acesso á internet?"

C: Sim tenho sim.

P: "Seria fácil você acessar umsite e ler um conteúdo sobre o tabagismo até a proxima sessão?"

C: "Sim, pode falar, eu olho no serviço, as vezes eu fico a toa lá."

P: "Vou te passar como entrar no site do Inca"

16. Treinamento de habilidades e ensaio comportamental;

P:"Você pode me falar como são estas brigas? Conte como foi a última."

C: "Sempre é a mesma coisa, a mesma encheção de saco, não aguento mais, a última foi por causa do coco do cachorro que eu não limpei, fiquei a ponto de explodir, achei que eu ia ter um pirepaque, eu fui é fumar e fumei uns três cigarros seguidos."

P: "Vamos ver como você poderia sair desta situação sem o cigarro? Vamos pensar em uma pessoa que não fuma, o que ela provavelmente iria fazer?"

17. Realização do resumo do atendimento.

P: "Então de tudo o que conversamos, você pode me resumir os pontos mais importantes?"

C: "Acho que tudo foi importante, né? Deixa eu ver, fiquei bem feliz em saber que é normal essas coisas que acontece quando a gente tenta e tenta parar de fumar, sabe as vezes eu até me achava meia louca, achava que eu que não conseguia mesmo, agora já sei e vou até dizer para meus filhos que o cigarro é uma droga e vicia mesmo e que eu não sou preguiçosa ou você

sabe né...rsss...”

18. Esclarecimento das dúvidas da finalização do programa.

P: “Disto tudo que conversamos, você ficou com alguma dúvida?”

C: Agora, agorinha acho que não, mas com certeza quando eu vou fazer as coisas que você me pediu, vou ter dificuldade.”

P: “Aí você faz como combinamos, você anota a sua dúvida e no próximo atendimento a gente discute, ok?”

C: Sim, sim.

APÊNDICE 3 – ORIENTAÇÕES SOBRE BARREIRAS

1. Sintomas da síndrome de abstinência

Geralmente os fumantes apresentam os sintomas da síndrome de abstinência, dor de cabeça, tontura, irritabilidade, agressividade, insônia, depressão, aumento do apetite, desconforto abdominal, dificuldade de concentração, despertares noturnos, fissuras, entre outros, que duram no máximo de uma a três semanas, (com exceção da fissura), sendo que alguns fumantes apresentam vários destes sintomas e outros apresentam apenas alguns, existindo aqueles que não apresentam nenhum sintoma. O fumante que apresenta esses sintomas os tem de intensidade variada e são favorecidos pela pressão social (atividades diárias, relacionamentos, situações conflitantes).

2. Fissura (desejo incontrolável por cigarros)

A fissura é uma manifestação bastante comum, que geralmente se inicia após algumas horas do fumante deixar de fumar, com intensidade elevada e que tende a tornar-se cada vez mais esparsa com o passar do tempo, sendo que cada episódio não dura mais que cinco minutos e depois desaparece. Pode permanecer por meses, porém com intervalos longos e intensidade reduzida. Existem estratégias para lidar com esses sintomas, como os exercícios respiratórios, mudança de atividade, etc, assim como a utilização de medicamentos (.erapia de reposição nicotina)

3. Medo do ganho de peso

Geralmente existe uma probabilidade de um moderado ganho de peso, sendo que a média deste ganho é em torno de dois a quatro quilos. Deve-se resaltar que cerca da metade dos indivíduos que param de fumar, ganham menos que essa quantidade, alguns sujeitos podem não engordar e alguns podem até emagrecer. Entretanto um em cada dez fumantes pode ganhar de 11 a 13,5 Kg. A maior parte deste aumento de peso ocorre em média nosprimeiros seis meses após a

cessação do tabagismo, estabilizando-se após um ano.

4. Medo de não conseguir ou recair.

O fumante contará sempre com o apoio de um profissional qualificado, sempre disposto a apóia-lo. A maioria dos fumantes tentam em média de três a cinco vezes antes de conseguir o sucesso.

5. Falta de apoio em casa e no trabalho.

Converse com a família, colegas de trabalhos e amigos. Peça o estímulo deles.

6. Ambivalência.

Alguns fumantes embora reconheçam que precisam parar de fumar, se mostram duvidosos, pois desenvolveram uma forte ligação afetiva com o cigarro associando momentos de prazer e utilizando-os como apoio nos momentos estressantes e de dificuldades. O fumante deve reconhecer seu forte elo com o cigarro e a sua dificuldade em rompê-lo. O fumante deve saber que esse elo deve ser rompido e que ele poderá buscar outras alternativas para substituição do papel do cigarro na vida dele, exemplo técnicas de relaxamento, hobby, atividades manuais, físicas, entre outras.