

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

SILVIA MARIA RIBEIRO OYAMA

Abordagem telefônica para Promoção da Saúde

São Paulo

2006

SILVIA MARIA RIBEIRO OYAMA

Abordagem telefônica para Promoção da Saúde

SILVIA MARIA RIBEIRO OYAMA

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem

Programa de Pós Graduação em Enfermagem na
Saúde do Adulto.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliane Corrêa Chaves

São Paulo

2006

Catálogo na publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP

Oyama, Silvia Maria Ribeiro

Abordagem telefônica para Promoção da Saúde. / Silvia Maria Ribeiro

Oyama – São Paulo: S. M. R. Oyama, 2006.

102 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliane Corrêa Chaves

1. Promoção da Saúde

2. Telefone

I. Título

A Deus, que permitiu que tudo acontecesse no momento certo.

À minha família, pelo apoio, carinho e compreensão. A você mãe pelo apoio e amor infinito nos momentos mais árduos desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

A minha irmã e Mauricio, pelo maior presente que eu pude ter neste processo, o pequeno Guilherme,

Aos amigos: Yara e David, por serem firmes em todos os momentos, mesmos nos mais estressantes.

Aos amigos: Alfredo e Ligia, pela paciência e dedicação durante todo este processo.

Aos amigos da WeCare, pela compreensão e suporte.

Ao Prof. Dr. Mário Ferreira Junior, pela oportunidade de conhecer a Promoção da Saúde, pela valiosa orientação e apoio, disponibilidade e confiança.

Á Prof Dra Cilene Aparecida Costardi Ide, pela confiança e apoio.

Aos funcionários do setor de Pós Graduação Silvana Maximiano, Dayse Fazzoiaro, Helena Fugi e Valdinéia Marques, pela atenção e disponibilidade.

Á todos os funcionários da Escola de Enfermagem da USP, pelo carinho e atenção.

A todos os participantes deste estudo, que se dispuseram a participar e contribuir neste processo, a todos vocês o meu muito obrigada.

A todos aqueles que direta ou indiretamente estiveram comigo, torcendo pela minha vitória.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

As palavras são poucas para expressar o meu profundo agradecimento a você, Professora Dra Eliane Correa Chaves. Obrigada pelo apoio, confiança e por acreditar em mim, nos mais diversos momentos, até mesmo naqueles em que nem eu mesma acreditava, que tudo isso seria possível.

A sua orientação me ajudou a crescer tanto profissionalmente como pessoalmente.

Obrigada pelo incentivo, pela disponibilidade e pelas palavras doces, que me desafiaram a transpor todas as barreiras para o alcance dos meus objetivos.

Á você, a quem eu tanto admiro, os meus mais sinceros agradecimentos.

ÍNDICE

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO GLOBAL	1
1.2 ACONSELHAMENTO TELEFÔNICO COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOVER A SAÚDE	5
1.3 PRINCÍPIOS GERAIS DO MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA E DICLEMENTE ..	9
1.4 PRINCÍPIOS GERAIS DA TEORIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL	12
2. OBJETIVOS	16
2.1. OBJETIVO GERAL	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	17
3.1 LOCAL DE ESTUDO.....	17
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	17
3.2.1 Critérios de inclusão	18
3.3 PROCEDIMENTO ÉTICO.....	18
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	19
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	20
3.5.1 Descrição do instrumento.....	20
3.6 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO POR MEIO DOS CONTATOS TELEFÔNICOS	22
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	26
4. RESULTADOS	28
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS 46 CLIENTES.....	28
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTATOS TELEFÔNICOS	31
4.3 INDICADORES DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO NOS GRUPOS A E B	32
4.4 ALTERAÇÃO DO ESTÁGIO DE MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO NOS GRUPOS A E B	39
4.5 MOTIVADORES PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO NOS GRUPOS A E B	43
5. DISCUSSÃO	47
5.1 TABAGISMO.....	47
5.2 SEDENTARISMO	53
5.3 ALIMENTAÇÃO NÃO EQUILIBRADA	57
5.4 SONO INADEQUADO	60
5.5 MOTIVADORES	61
6. CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	64
ANEXOS	71
ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO.....	71

ANEXO 2: APROVAÇÃO COMITÊ ÉTICA.....	72
ANEXO 3: INSTRUMENTO COLETA DADOS.....	73
ANEXO 4: PROTOCOLO ATENDIMENTO CPS	81
ANEXO 5: CONTEÚDO ACONSELHAMENTO TELEFÔNICO	83
ANEXO 6: TRANSCRIÇÃO DO ACONSELHAMENTO	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos clientes segundo sexo. São Paulo, 2004.....	28
Tabela 2: Distribuição dos clientes segundo a idade. São Paulo, 2004.....	28
Tabela 3: Distribuição dos clientes segundo a situação conjugal. São Paulo, 2004.....	29
Tabela 4: Distribuição dos clientes segundo a estrutura familiar. São Paulo, 2004.....	29
Tabela 5: Distribuição dos clientes segundo a ocupação. São Paulo, 2004.....	30
Tabela 6: Distribuição dos clientes segundo a renda per capita. São Paulo, 2004.....	30
Tabela 7: Distribuição dos clientes segundo a escolaridade. São Paulo, 2004.....	31
Tabela 8: Distribuição dos hábitos disfuncionais nos Grupos A e B. São Paulo, 2004.....	32
Tabela 9: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo a mudança de comportamento, em relação aos hábitos disfuncionais ao final de cinco contatos telefônicos. São Paulo, 2004.....	33
Tabela 10: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo a mudança de comportamento, em relação aos hábitos disfuncionais ao final de três contatos telefônicos. São Paulo, 2004.....	34
Tabela 11: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo a mudança de comportamento, relativa aos hábitos disfuncionais ao final de três contatos telefônicos. São Paulo, 2004.....	35
Tabela 12: Distribuição dos clientes que diminuíram a quantidade de cigarros fumados por dia durante a intervenção, segundo o grupo e o momento de intervenção. São Paulo, 2004.....	35

Tabela 13: Distribuição dos clientes fumantes do Grupo A, o grau de dependência à nicotina e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.....	36
Tabela 14: Distribuição dos clientes fumantes do Grupo B, segundo o grau de dependência à nicotina e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.....	36
Tabela 15: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo o IMC e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.....	37
Tabela 16: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo o IMC e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.....	37
Tabela 17: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo as informações referentes à qualidade da alimentação e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.	38
Tabela 18: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo as informações referentes à qualidade da alimentação e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.....	38
Tabela 19: Distribuição dos clientes fumantes do Grupo A, segundo o estágio de motivação para parar de fumar e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.....	39
Tabela 20: Distribuição dos clientes fumantes do Grupo B, segundo o estágio de motivação para parar de fumar e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.....	40
Tabela 21: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo o estágio de motivação para iniciar a prática de atividade física e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.	40
Tabela 22: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo o estágio de motivação para iniciar a prática de atividade física e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.....	41
Tabela 23: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo o estágio de motivação para a mudança da qualidade da alimentação e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.....	41

Tabela 24: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo o estágio da motivação para a mudança da qualidade da alimentação e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.....	42
Tabela 25: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo o estágio de motivação para melhorar a qualidade do sono e o momento de intervenção. São Paulo, 2004.....	42
Tabela 26: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo o estágio de motivação para melhorar a qualidade do sono e o momento de intervenção. São Paulo, 2004.....	43
Tabela 27: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo presença de motivos relacionados á saúde para mudar o comportamento relativo aos hábitos disfuncionais e o momento de intervenção. São Paulo, 2004.	43
Tabela 28: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo presença de motivos relacionados á saúde para mudar o comportamento relativo aos hábitos disfuncionais e o momento de intervenção. São Paulo, 2004.....	44
Tabela 29: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo iniciativas próprias para mudar o comportamento relativo aos hábitos disfuncionais e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.	44
Tabela 30: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo iniciativas próprias para mudar o comportamento relativo aos hábitos disfuncionais e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.....	45
Tabela 31: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo a presença de motivos não ligados à saúde para mudança de comportamento relativo aos hábitos disfuncionais e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.	45
Tabela 32: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo a presença de motivos não ligados á saúde para mudança de comportamento relativo aos hábitos disfuncionais e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PS Promoção da Saúde

HCFMUSP Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

CPS Centro Promoção da Saúde

DCNT Doença Crônica Não Transmissível

TCC Teoria Cognitivo comportamental

MT Modelo Transteórico

EI Estimulo Incondicionado

INCA Instituto Nacional do Câncer

Resumo

Oyama SMR. **Abordagem telefônica para Promoção da Saúde. São Paulo, 2006. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.**

A adoção de hábitos saudáveis como a prática de atividades físicas, alimentação equilibrada, sono saudável e a cessação do tabagismo tem sido apontada como importante medida para melhorar a saúde, a qualidade de vida e facilitar a prevenção e controle de algumas doenças crônicas na população. Assim, intervenções em saúde que visam orientar e facilitar a adoção de tais hábitos são componentes importantes e necessários no planejamento de programas de promoção da saúde. Mesmo que desconsiderássemos qualquer outro benefício além do financeiro, este já seria suficiente para justificar ações voltadas para a promoção da saúde por possibilitarem otimização dos recursos materiais e humanos nas intervenções em saúde. Visando ampliar ainda mais este benefício, novas tecnologias capazes de reduzir custos e manter qualidade de atendimento têm sido pesquisadas. É neste contexto que a abordagem telefônica para promover saúde surge como uma opção. Este estudo tem a finalidade de avaliar a efetividade da abordagem telefônica na promoção da saúde. O estudo foi realizado no Centro de Promoção da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com 46 indivíduos. Foram feitos de 3 a 5 contatos por pessoa, por meio dos quais foram feitas orientações e intervenções baseadas nos preceitos da Terapia Cognitivo-Comportamental e do Modelo Transteórico. Os resultados mostraram que, após a intervenção, os clientes que receberam cinco contatos telefônicos, mudaram o comportamento, passando a praticar alguma atividade física com regularidade e melhorando a qualidade do sono, esta mudança foi estatisticamente significativa. Os outros comportamentos estudados não apresentaram mudança estatisticamente significativas após 3 ou 5 contatos, apesar de alguns clientes apresentarem mudanças favoráveis em seu

comportamento, principalmente no grupo que recebeu 5 contatos. Concluindo, a abordagem telefônica favoreceu a adoção de hábitos saudáveis, mostrando-se, portanto, como uma estratégia de apoio favorável à promoção da saúde.

Apoio: CAPES

Abstract

Oyama SMR. Telephonic approach for the Promotion of a Healthy Lifestyle. São Paulo, Brazil, 2006. 102 pages Thesis (Masters Degree) – Nursing School, Universidade de São Paulo (University of São Paulo, Brazil).

The adoption of healthy habits such as physical activities, balanced diet, healthy sleep, and the cessation of smoking have been pointed out as important measures to improve health, quality of life and further the prevention and control of some chronic diseases in our population. As such, healthy interventions aiming to guide and further the adoption of these habits are important and necessary compounds in the planning of programs dedicated to promoting healthy lifestyles. Even if we do not consider any other benefit, aside from the financial benefit, this would already be enough to justify actions taken for promoting a healthy lifestyle since this could optimize material and human resources in the areas dedicated to health. Aiming to extend even more this benefit, research is being done to find new technologies capable of reducing costs and maintaining the quality of attendance. It is in this context that the telephonic approach for healthy lifestyle promotion appears as an option. This study intended to evaluate the effectiveness of the telephonic approach for healthy lifestyle promotion. This study was performed at the Healthy Lifestyle Promotion Center of the University of São Paulo Medical School, with 46 individuals. Each individual received 3 to 5 telephone calls through which guidance and interventions were made based on Cognitive-Behavioral Therapy and Transtheoretical Model norms. The results pointed out, that after this intervention the clients, who had received 5 telephone calls, changed their behavior, They started to practice some form of regular physical activity and changed their quality of sleep, this change was statistically significant. The remaining behaviors studied showed no statistically significant changes after the 3 to 5 telephone calls, although some clients presented favorable behavior changes,

principally in the group that had received the 5 telephone calls. In conclusion, the telephonic approach indeed has furthered the adoption of healthy lifestyle habits, and thus has shown to be an favourable strategy in the promotion of healthy lifestyles.

Support: CAPES

1. INTRODUÇÃO:

1.1 Promoção da saúde no contexto global:

O conceito atual de promoção da saúde (PS), assim como sua prática, surgiu e se desenvolveu de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, particularmente no Canadá, nos Estados Unidos e nos países da Europa Ocidental. ⁽¹⁾

Promoção da saúde, com base na Carta de Ottawa (1986), documento de referência internacional para este tema, é apresentada como: ⁽²⁾

...o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle desse processo [...] A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver [...] Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: Ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial em saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes da sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres [...] As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade [...] cinco campos de ação para a promoção da saúde: Construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes saudáveis à saúde; desenvolvimento de habilidades individuais; reforço da ação comunitária; reorientação dos serviços de saúde. (Canadá Ottawa, 1986)

O enfoque da promoção da saúde é amplo e abrangente. Aplica esforços para que os indivíduos progridam para estados de maior fortaleza estrutural, maior capacidade funcional e maior sensação subjetiva de bem estar. Investe na criação de condições dignas e adequadas de vida, na transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam, tanto quanto possível, favoráveis à qualidade de vida e à saúde. ⁽¹⁾

Neste contexto, seu âmbito de atuação abrange tanto ações de caráter coletivo, tais como o acesso à habitação e ao saneamento básico, oportunidade de educação e de boas condições de trabalho, políticas ambientais, reforços das ações comunitárias, dentre outras, como as de caráter individual, onde aparecem as ações voltadas para auxiliar as pessoas a cuidarem mais e melhor da própria saúde.

Programas de promoção da saúde, a partir da Carta de Ottawa, têm sido difundidos em vários países e representam uma prática de saúde importante. Isto se dá em função de sua vocação, que é aumentar e melhorar o controle da saúde e da prevenção de doenças em seus vários níveis. O interesse pela melhora da qualidade de vida, a necessidade real de minimização dos gastos com assistência médica, tanto no setor público quanto no privado e a importância da criação de Centros e de agentes multiplicadores de saúde, geraram novos paradigmas para a intervenção em saúde. Com isso, a adoção de medidas efetivas, sejam elas de natureza legal, educacional ou organizacional, faz-se necessária para provocar impactos positivos na saúde e também para facilitar modificações no comportamento da população. ⁽³⁾

Estudos epidemiológicos realizados no Canadá, na década de 1970, revelaram que os principais determinantes das doenças mais prevalentes estavam associados ao ambiente em que as pessoas viviam e trabalhavam, aos hábitos e estilo de vida pessoal que possuíam, à predisposição genética e ao acesso à assistência médica que dispunham.

Com base nisto, as políticas públicas de saúde deste país foram redirecionadas, visando atingir estes fatores. A partir daí, iniciou-se uma revisão do conceito de promoção da saúde buscando a integração destes fatores. Assim, se medirmos o nível de saúde de um indivíduo através de uma escala móvel de bem-estar onde se integram, no tempo e no espaço, fatores físicos, psíquicos, sociais e ambientais, poderemos definir Promoção da Saúde como sendo qualquer conjunto de medidas de ordem política, econômica, jurídica, organizacional, administrativa, educacional, médico-sanitária, individual ou coletiva, que tenha por finalidade melhorar o nível de bem-estar das pessoas. ⁽⁴⁾

A prática da promoção da saúde vem ganhando grande popularidade e aplicabilidade impulsionada pelo interesse crescente na qualidade de vida das pessoas, pela sua importância na minimização do sofrimento, no impacto da redução da morbidade e da mortalidade e, também, pela necessidade premente de redução dos custos da assistência à saúde, tanto no setor público, quanto no privado. ⁽⁵⁾

A PS visa desenvolver ações voltadas para a diminuição de risco de morte por doenças e acidentes até a melhoria da qualidade de vida. Este processo envolve a prevenção do aparecimento de doenças, a busca ativa de doenças que ainda não se manifestaram e o desenvolvimento de hábitos e estilo de vida saudáveis. ⁽⁶⁾ Nesta última vertente, a PS lida pois, com intervenções que objetivam a aquisição de hábitos saudáveis de vida e, portanto, mudança de comportamento.

Nas sociedades atuais, as pessoas, de modo geral, foram adquirindo hábitos que as afastaram de uma vida saudável. Passaram a adotar, por exemplo, uma forma de vida bastante sedentária, competitiva e frenética, com consumo elevado de alimentos industrializados com altos teores de sal, ácidos graxos saturados, hidratos de carbono de cadeia simples e com uso abusivo de substâncias psicoativas.

Mesmo considerando, que o surgimento da maioria das doenças é multifatorial, não há como desconsiderar a importância de tais hábitos na gênese de inúmeros processos mórbidos, tanto físicos como mentais. ⁽⁷⁾

Deste modo, já é consenso entre os profissionais de saúde, a inclusão de certos hábitos de vida e exclusão de outros no plano terapêutico de seus clientes, uma vez que se reconhece sua forte influência na gênese de doenças e suas complicações, assim como no sucesso da recuperação ou manutenção da saúde. ⁽⁶⁾

Nas últimas quatro décadas do século XX, o Brasil experimentou significativa mudança no perfil epidemiológico, com uma progressiva queda da morbimortalidade por doenças infecciosas transmissíveis e com a elevação progressiva da morbimortalidade pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). ⁽⁸⁾

As DCNT compõem um grupo de doenças que se caracterizam por apresentar, de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou morte. Constituem-se em uma das principais causas de morbimortalidade nos países desenvolvidos e nas grandes cidades brasileiras. ⁽⁸⁾ As DCNT podem ser exemplificadas pela hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia, cânceres, doenças cardiovasculares entre outras.

Em 1988 só as DCNT foram responsáveis por contribuírem com quase 60% das mortes (31.7 milhões) no mundo. Baseado na tendência atual, para o ano 2020 é esperado que 73% das mortes sejam atribuídas às DCNT na população mundial. No Brasil, as principais causas de mortalidade podem ter seu impacto reduzido em função de programas de PS ⁽⁶⁾

A Inatividade física é um dos três pontos chaves dentre os fatores de risco relacionados ao estilo de vida; os outros seriam, fumo e dieta. ⁽⁹⁾

As doenças vasculares (cardíacas e cerebrais) podem ter sua responsabilidade pela mortalidade diminuída, em função da cessação do

tabagismo, controle da obesidade, incentivo à atividade física, controle da hipercolesterolemia, diabetes e hipertensão arterial⁽⁶⁾

Outras doenças tais como: câncer de pulmão, cabeça e pescoço, esôfago, bexiga entre outras, consideradas como causas de mortalidade, podem ter esse índice diminuído em função da cessação do tabagismo e controle da obesidade.⁽⁶⁾

Na Coréia do Norte, a experiência em trabalhar com os fatores de risco das DCNT que envolviam a aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis foi responsável pela diminuição de 71% na mortalidade por câncer de pulmão e de 44% na mortalidade por outros tipos de câncer. A Bélgica reduziu em 25% a mortalidade por doenças cardiovasculares por meio da utilização desta estratégia.⁽⁷⁾

A abordagem de hábitos e estilo de vida é um processo importante na prática clínica. Nesta abordagem há espaço para identificar a presença ou ausência de hábitos que podem proteger ou prejudicar a saúde do indivíduo. As ações da PS vem sendo voltadas para a adoção de alguns hábitos saudáveis, mais especificamente, podemos citar os seguintes: cessação do tabagismo, prática de atividade física, alimentação adequada, tratamento da obesidade, controle do estresse, prevenção da violência, prática de sexo seguro, sono saudável, entre outros.

1.2 Aconselhamento telefônico como estratégia para promover a saúde.

O telefone foi criado em 1840 por Graham Bell e desde então tem sido usado para diversas finalidades. O seu uso no âmbito da medicina consta a partir de 1970, sendo utilizado em diversas áreas desde a triagem, seguimento de pacientes crônicos,⁽¹⁰⁾ cuidado primário de saúde⁽¹¹⁾ e em aconselhamentos de saúde.

Com o avanço tecnológico, os meios de telecomunicação vêm se aprimorando, tornando-se cada vez mais disponíveis para a população e a qualidade do serviço cada vez mais confiável. Atualmente, grande parte

da população possui este meio de comunicação, sendo que no Brasil o número de telefones ultrapassou 100 milhões. O número de celulares está em 61,18 milhões e o de telefones fixos, em 39,36 milhões. ⁽¹²⁾

Alguns estudos desenvolvidos nos Estados Unidos, investigando a possibilidade da utilização do telefone em saúde, têm mostrado que as pessoas gostariam de ter acesso aos profissionais de saúde por telefone. A avaliação da satisfação com esse meio de comunicação mostrou-se alta em grupos nos quais esta estratégia já foi utilizada. ⁽¹⁰⁾

Os benefícios dessa intervenção incluem a velocidade de acesso do paciente ao profissional de saúde, diminuição do tempo de espera para a consulta, a redução do tempo e custo na locomoção dos pacientes, a possibilidade de aumentar a frequência dos contatos, além de diminuir a necessidade de retorno presencial do paciente. ⁽¹⁰⁾ Quando utilizado em serviços de triagem, esta tecnologia pode reduzir em até 39% a demanda de consultas presenciais. ⁽¹³⁾ Pode diminuir também a demanda de pacientes que procuram os serviços de emergência. ⁽¹⁴⁾

O telefone pode ser usado em um amplo espectro de intervenções terapêuticas em saúde, variando desde cuidados de rotina, triagem, reavaliação de prescrições, facilitação do acesso aos resultados de testes laboratoriais, além da facilitação de intervenções no âmbito da promoção da saúde. Os exemplos mais efetivos do uso do telefone são gerenciamento de pacientes mulheres com infecção no trato urinário, monitoramento e seguimento de pacientes com depressão, manejo de pacientes diabéticos e aconselhamento para a cessação do uso do tabaco. ⁽¹⁰⁾

Um serviço centralizado de ajuda por telefone pode ser um serviço acessível e eficiente de controle do uso de tabaco. O uso deste aparelho como tecnologia para ajudar os fumantes a cessarem o uso do tabaco é uma importante estratégia nos programas de cessação do tabagismo. ⁽¹⁵⁾

Em estudo realizado na Escócia em 1994 com adultos e fumantes regulares, mostrou que o uso do telefone, contribuiu consideravelmente

para a redução da prevalência de fumantes em indivíduos de 25 a 65 anos. Neste estudo, cerca de $\frac{1}{4}$ dos fumantes que se utilizaram da intervenção por telefone, permaneceram abstêmios após 1 ano do início da intervenção. ⁽¹⁶⁾

Em outro estudo realizado no serviço de ajuda a fumantes por telefone, na Califórnia iniciado em 1992 mostrou que o aconselhamento protocolizado por telefone para cessação do tabagismo foi efetivo tendo sido considerado um suporte de sucesso para os serviços de saúde pública daquele Estado. ⁽¹⁵⁾

Em estudo realizado na Nova Zelândia, cujo aconselhamento telefônico foi utilizado como parte das estratégias para aumento das atividades físicas dos clientes sedentários entre 40 e 79 anos, concluiu-se que a estratégia do uso do telefone associada às consultas e intervenção escrita, foi efetivo para o aumento da atividade física e para a melhoria da qualidade de vida dos clientes envolvidos. ⁽¹⁷⁾

O telefone também pode ser utilizado em ações de cuidado primário de promoção da saúde voltadas para grupos específicos como por exemplo em puericultura. Em estudo realizado no Chile, iniciado em 2000, analisando as chamadas recebidas em um ambulatório pediátrico e utilizando o telefone como via de comunicação entre os pais e a enfermeira pediátrica, o telefone mostrou ser um importante sistema de apoio, sendo seu uso sugerido particularmente na orientação e acompanhamento de crianças menores de 1 ano. ⁽¹⁸⁾

Outro exemplo do uso do telefone em grupos particulares é o do estudo norte-americano desenvolvido em pacientes no início da terapia anti-depressiva iniciada em 2002. Este estudo concluiu, que o uso do telefone pode aumentar significativamente a satisfação do usuário e melhorar os resultados clínicos. ⁽¹⁹⁾

Um terceiro exemplo baseia-se em estudo desenvolvido na Argentina iniciado em 2000, em pacientes com a média de 65 anos, portadores de doenças cardíacas crônicas. Neste estudo, o uso do

telefone (feito por enfermeiras) associado à visitas, médicas demonstrou que este conjunto de estratégias reduziu em 24% as readmissões hospitalares por piora da doença cardíaca, quando comparado às intervenções tradicionais baseadas unicamente em consultas presenciais.

(20)

Na intervenção por via telefônica algumas competências, que são comuns na intervenção face a face, também são necessárias, tais como:

(21)

- 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.

No entanto, a intervenção telefônica também requer competências específicas, como: (21)

- 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 dita;

- Saber controlar o tempo da chamada e a própria chamada;
- Saber lidar com as chamadas difíceis, não se deixando manipular, repetindo a mesma informação;
- Saber reconhecer quando e como terminar uma chamada.

As competências aqui apresentadas para a intervenção telefônica são necessárias, mas não são suficientes para que haja um projeto terapêutico ou simplesmente um plano de aconselhamento. É necessário estabelecer um procedimento ou protocolo de intervenção. Para atingir esta finalidade, alguns modelos teóricos utilizados nas intervenções presenciais em PS podem ser úteis também na intervenção telefônica, embora demandem uma certa adaptação. Podemos citar especialmente dois modelos teóricos aplicáveis a este fim: o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente ⁽²²⁾ e a teoria cognitivo-comportamental ⁽²³⁾, ambas, apresentadas a seguir.

1.3 Princípios gerais do Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente.

O modelo transteórico de Prochaska e DiClemente foi utilizado neste estudo para identificar o estado de motivação das pessoas ao abandonar comportamentos pouco saudáveis e adquirir comportamentos desejáveis para manutenção da saúde.

O modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (MT) surgiu a partir da análise comparativa de importantes modelos de psicoterapia, além da avaliação empírica da prática de diversos profissionais. O objetivo foi sistematizar conceitos que estavam fragmentados em mais de 300 referências teóricas que fundamentam a prática da psicoterapia. ⁽²⁴⁾

O MT (1982) busca identificar os graus de motivação que uma pessoa tem ao realizar mudanças de comportamento, portanto, sugere qual sua disponibilidade para aquisição de novos. ⁽²⁴⁾ Este modelo está baseado na premissa, que a mudança comportamental é um processo, e

que as pessoas têm diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar. Ele se baseia em estágios bem definidos, confiáveis e bem relacionados entre si. ⁽²⁵⁾

Este modelo sustenta o que segue:

- A mudança de comportamento se dá de maneira gradual, em etapas e a recaída é uma delas (fases de motivação);
- O questionamento sobre os prós e os contras da mudança (balanço decisório) permanecem durante todo o processo;
- Quanto maior for a percepção que a pessoa tem de sua capacidade de mudar, maiores serão suas chances de sucesso (auto-eficácia).

As etapas que compõem o processo de mudança de comportamento, segundo o MT são: ⁽²⁶⁾

Pré-contemplação:

Aqui o cliente se mostra tão refratário à mudança que pode até se sentir incomodado com o assunto, ou nem sequer dar importância a ele. Seu balanço decisório aponta para as desvantagens de mudar e para as vantagens de permanecer do jeito em que está. Muitas vezes, a pessoa se encontra neste estágio por já ter realizado outras tentativas de mudança mal sucedidas no passado. Os grupos de apoio ou qualquer estratégia de ação não são recomendáveis nesta fase, pois além de ser difícil que a pessoa siga as orientações propostas, ela pode se tornar ainda mais resistente pelo possível insucesso gerado.

Contemplação:

Neste estágio o cliente já avançou, pois começa a considerar a possibilidade da mudança, embora enfatize mais as dificuldades, do que as vantagens resultantes dela.

Preparação:

O cliente demonstra claramente o desejo de mudar. A decisão rumo à mudança já foi tomada, e o papel do profissional é negociar a estratégia ou o plano de ação mais apropriado para que ela se efetive.

Ação:

Nesta fase o cliente colocará em prática o plano de ação.

Manutenção:

Referem-se aos meses subseqüentes à mudança. Nesta etapa, a pessoa tentará sustentar as modificações realizadas. O cliente já alterou seu comportamento, e precisa encontrar reforçamento para se manter nele. É uma fase extremamente importante, pois a probabilidade de regressão ao comportamento anterior (recaída), torna-se mais alta nesta fase.

Recaída:

Momento em que o indivíduo desiste do esforço de manter o comportamento recém-adquirido, ou o adia por mais um tempo.

Os indivíduos não caminham nos estágios de forma linear – causal (em que há uma causa, um efeito e conseqüente alteração no comportamento dependente). As mudanças de estágios são bem representadas por uma espiral, onde as pessoas podem progredir ou regredir sem ordenação lógica. ⁽²⁷⁾

Aos estágios motivacionais associam-se recomendações de como devem proceder os profissionais na relação com a pessoa que busca alteração do comportamento, dependendo do estágio de mudança em que ela se encontra e de seu balanço decisório. Assim, aquela pessoa que está na fase pré - contemplativa e com balanço decisório pendendo para os aspectos contra a mudança, as ações dos profissionais de saúde devem estar voltadas para ajudá-lo na conscientização sobre as vantagens da mesma. Devem ainda ajudá-lo a relativizar as barreiras de modo a facilitar o seguimento para o estágio seguinte. ⁽²⁴⁾

Ao longo de todo o processo, para cada estágio são recomendados certos facilitadores de mudança, isto é, um conjunto de elementos pessoais e ambientais que favorecem e facilitam a alteração do comportamento e que podem ser estimulados por meio de técnicas específicas. ⁽²⁴⁾

1.4 Princípios gerais da teoria cognitivo comportamental.

As bases empíricas da teoria cognitivo-comportamental remontam ao início do século passado, partindo do pressuposto que os princípios derivados das pesquisas sobre o aprendizado animal podiam ser generalizados ao homem. ⁽²⁸⁾

Os primeiros trabalhos identificaram dois princípios no aprendizado animal. O primeiro baseado no trabalho de Pavlov, no qual a partir de modelos de comportamento dos animais, elaboraram-se princípios teóricos também aplicáveis aos seres humanos. Este princípio foi denominado condicionamento clássico, que também é conhecido como condicionamento pavloviano. ⁽²⁸⁾

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 de 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 acondicionamento 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. ⁽²⁹⁾

Em contraste com o condicionamento clássico, que estabelece relação temporal entre estímulos, o condicionamento instrumental ou operante relaciona um comportamento emitido espontaneamente pelo animal – paradoxalmente chamado de resposta – com uma alteração produzida no ambiente. Essa última será um reforço se resultar em aumento da probabilidade futura da ocorrência da mesma resposta. Diz-se, que há reforço positivo, quando a apresentação do estímulo contingente à emissão da resposta, aumenta a probabilidade futura de sua ocorrência. O reforço positivo é também denominado de recompensa. Comportamentos novos podem ser adquiridos e mantidos pela apresentação de estímulos prazerosos. Animais de laboratório podem ser treinados a executar respostas resultantes da atenuação ou eliminação de estímulos dolorosos (reforço negativo). Não somente eventos prazerosos ou aqueles que promovam o alívio do desprazer funcionam como reforço, mas também estímulos nocivos ou aversivos (punição).⁽²⁹⁾

A Teoria comportamental diz, que o aprendizado ocorre em presença de recompensa (prêmio) e punição (castigo). Esta tem como base a clássica Lei de Thorndike, na qual a aprendizagem se dá através das tentativas e erros, isto é, pela conexão dos estímulos e respostas.⁽³⁰⁾

Recompensas e sucessos favorecem a manutenção de um determinado comportamento, fazendo que este seja fixado e repetido.⁽³⁰⁾

Punições ou fracassos reduzem a tendência de fixar ou repetir um comportamento a soluções de problemas.⁽³⁰⁾

Skinner defendeu a idéia que o comportamento pode ser modelado através da administração de reforços positivos e negativos, o que implica também em uma relação causal entre reforço (causa) e comportamento (efeito).⁽³¹⁾

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. As aprendizagens inadequadas, as inferências incorretas, a distinção inadequada entre imaginação e realidade, entre outros, engendram esquemas cognitivos distorcidos, que podem resultar em comportamentos disfuncionais, iniciando um processo de retro alimentação também disfuncional.

A teoria cognitiva é um sistema de psicoterapia baseado em uma terapia, segundo a qual o modo como um indivíduo estrutura as suas experiências, determina em grande parte, o modo como ele se sente e se comporta.⁽³²⁾

A teoria Cognitiva Comportamental (TCC) se constitui, portanto, na aproximação do construtor teórico das teorias: comportamental (ou behaviorista), da cognitivista e do conjunto de estratégias psicoterápicas decorrentes da aplicação destes conhecimentos.

O seu foco está nos comportamentos (ou situações facilitadoras), nos pensamentos e nas crenças disfuncionais.⁽²⁸⁾

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

A abordagem baseada na TCC visa ajudar o cliente a reconhecer padrões de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Utiliza-se da argumentação sistemática e de tarefas comportamentais, cuidadosamente estruturadas para ajudar os clientes a avaliar e modificar tanto os seus pensamentos, quanto seus comportamentos disfuncionais.⁽²⁸⁾

Grande parte da abordagem baseia-se no aqui-e-agora, e há um pressuposto de que seu principal objetivo consiste em ajudar os pacientes a promover mudanças desejadas em suas vidas. Deste modo, a abordagem se concentra nas 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 eqüitativa entre ambos. As estratégias de intervenção e o planejamento geral da abordagem devem ser escolhidos em conjunto, assim como os problemas que serão trabalhados. ⁽²⁸⁾

A abordagem para cada problema deve ter uma limitação temporal e os objetivos devem ser clara e explicitamente definidos. ⁽²⁸⁾

Na promoção à saúde, a TCC tem como finalidade o favorecimento da adoção de comportamentos saudáveis, por meio de extinção de comportamentos disfuncionais, favorecimento da adesão dos clientes aos projetos terapêuticos, possibilitando-os a assumir responsabilidades sobre sua saúde, facilitando a incorporação de hábitos e idéias que melhorem sua qualidade de vida.

As características objetivas e pragmáticas da TCC é que a torna uma das abordagens mais recomendadas para o aconselhamento em promoção da saúde. ⁽²⁴⁾

2. Objetivos.

2.1. Objetivo geral.

O objetivo geral deste estudo é avaliar a efetividade de um modelo de intervenção por via telefônica.

2.2. Objetivos específicos.

Comparar e analisar os indicadores de tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, sono inadequado antes do início dos contatos telefônicos, estabelecidos após o terceiro contato e entre o terceiro e o quinto contato.

Comparar e analisar os indicadores estudados no grupo que recebeu cinco contatos telefônicos com o grupo que recebeu apenas três

Comparar os percentuais do sucesso de intervenções voltados para mudança de comportamentos relativos ao abandono do tabagismo, à prática de atividade física, à alimentação saudável, em estratégias presenciais com a estratégia telefônica.

3. Casuística e método

3.1 Local de estudo

O presente estudo foi realizado no Centro de Promoção da Saúde (CPS) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

O CPS foi criado em 1999 a partir de uma iniciativa dos membros da equipe da Clínica Médica do Hospital das Clínicas da FMUSP, imbuídos da crença de que a promoção da saúde tem implicação considerável na prevenção e controle das DCNT. Atualmente, presta atendimento básico do tipo ambulatorial, por meio de abordagem individual e em grupos. As abordagens individuais compreendem as consultas médicas, as pré-consultas feitas pelos profissionais da Enfermagem. As abordagens de grupo compreendem uma palestra informativa sobre temas gerais relacionados à PS e intervenções de duração prolongada (5 a 9 semanas), em sub-grupos formados a partir de demandas específicas. As atividades em grupo são realizadas e coordenadas pelos diversos profissionais da equipe.

3.2 População de estudo:

Foram incluídos inicialmente neste estudo 50 clientes, que procuraram o serviço ambulatorial do CPS, pela primeira vez, sendo que destes, 4 foram excluídos pela impossibilidade de se estabelecer contato telefônico, 3 foram excluídos por terem recebido apenas um contato e um por não receber nenhum contato. A população foi composta, portanto, por 46 clientes. Destes, 34 receberam cinco contatos telefônicos e 12 receberam apenas três contatos.

A partir do cálculo amostral realizado, utilizando-se da análise de variância com medidas repetidas em dois momentos de avaliação ⁽³³⁾, concluiu-se que, para a consecução dos objetivos propostos neste

estudo, seriam necessários, no mínimo 21 casos completos, o que significa que o número de clientes obtidos foi excedente ao necessário.

A composição da população se deu a partir de um recorte temporal, isto é, foram incluídos todos os clientes que procuraram o ambulatório, no período de 08/04/2004 a 29/04/2004, e que aceitaram participar da pesquisa, mesmo que já tivessem sido ultrapassados os 21 casos mínimos necessários, segundo o cálculo amostral.

3.2.1 Critérios de inclusão.

Para que o cliente fosse incluído no estudo, foram estabelecidos os seguintes critérios:

- estar matriculado no serviço ambulatorial do CPS;
- apresentar pelo menos um dos hábitos disfuncionais abordados neste estudo (tabagismo, sedentarismo, alimentação desequilibrada ou sono inadequado), para possibilitar a comparação da mudança de comportamento;
- ser alfabetizado, para possibilitar o preenchimento dos impressos;
- possuir telefone próprio, para possibilitar o acesso telefônico;
- expressar interesse e disponibilidade de participação voluntária, esclarecida e consentida. (anexo1)

3.3 Procedimento ético

Os indivíduos, no momento em que aguardavam a chamada para a consulta médica no ambulatório, foram abordados pela pesquisadora, a qual seguiu o procedimento ético necessário. Após os esclarecimentos relativos ao estudo, a pesquisadora forneceu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Pesquisa, (anexo 1) o qual foi assinado pelo cliente e pela pesquisadora.

No primeiro contato telefônico, foi verificado se o cliente ainda estava interessado em participar da pesquisa. Foi informado novamente que para assegurar maior proteção para ambos os lados, as ligações telefônicas seriam gravadas na íntegra. Após confirmação do consentimento do cliente, o contato telefônico prosseguiu.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPESQ da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (anexo 2)

3.4 Procedimento de coleta de dados.

O primeiro passo foi a definição do período em que seria feito o primeiro contato com os clientes.

Nos dias escolhidos, a pesquisadora compareceu ao ambulatório antes do horário de início do atendimento. Solicitou ao funcionário do setor, as fichas dos clientes que seriam atendidos naquele dia. Verificou em cada ficha, já citados anteriormente, os nomes daqueles que tinham algum dos hábitos disfuncionais e excluiu os nomes dos clientes que não se encaixavam neste critério.

Após a identificação dos clientes que atendiam aos critérios de inclusão, a pesquisadora iniciou o preenchimento da ficha de identificação, utilizando alguns dados obtidos na pré-consulta feita pela enfermagem, tais como sinais vitais e medidas antropométricas.

De posse das fichas que continham os nomes dos clientes e os dados da pré-consulta, a pesquisadora utilizou o momento em que estes esperavam pelo atendimento médico, para contatá-los individualmente, fazer os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa e convidá-los a participar do presente estudo.

Após aceitação do cliente e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciou-se o preenchimento dos questionários. (anexo 3) sob a orientação da pesquisadora.

Ao final deste contato presencial, foi negociado a melhor data e horário para o primeiro contato telefônico.

A aplicação do questionário para estes clientes representou o ponto de avaliação inicial para os itens desejados, de tal forma que os subseqüentes, ou seja, as medidas feitas posteriormente ao aconselhamento telefônico, tiveram este primeiro como base de comparação.

Após este contato presencial foram feitos três a cinco contatos telefônicos ocorridos em intervalos de um a dois meses, conforme a disponibilidade dos clientes, nos quais a intervenção telefônica propriamente dita ocorreu.

Após o contato com a pesquisadora, os clientes passaram normalmente pela consulta médica individual, onde receberam aconselhamentos médicos de promoção da saúde, conforme protocolo seguido no CPS. (anexo 4)

3.5 Instrumentos de coleta de dados.

As informações pertinentes à pesquisa foram obtidas através do seguinte instrumento:

- Instrumento composto por dados de identificação do sujeito da pesquisa e por indicadores de saúde (tabagismo, atividade física, alimentação e controle de peso e sono). (anexo 3)

3.5.1 Descrição do instrumento

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi criado a partir da junção de dados referentes aos sujeitos pesquisados e aos seus hábitos relativos às questões estudadas. Foi, portanto, constituído por duas partes descritas a seguir:

- Primeira parte - Caracterização do sujeito: sendo composta por questões relativas a dados gerais de caracterização pessoal;

- Segunda parte - Indicadores de saúde: composta por informações referentes à caracterização dos hábitos de alimentação, atividade física, tabagismo e sono. Na parte referente à alimentação, foi verificado peso e a altura com a finalidade de calcular o Índice de Massa Corpórea (IMC). O IMC é calculado através do peso dividido pela altura ao quadrado. Os valores provenientes deste cálculo são classificados conforme faixas pré-estabelecidas, que direcionam o indivíduo para adequação do peso. Em relação ao tabagismo foi aplicado o teste de Fagerström, com a finalidade de avaliação quantitativa da dependência a nicotina

A primeira parte do questionário foi preenchida uma única vez no início da pesquisa, sendo feitas modificações posteriores apenas quando necessárias.

A segunda parte do questionário foi composta por inquirições sistematizadas e sugeridas por Ferreira Junior, M & Bandini, M., com o objetivo de avaliar alguns comportamentos significativos para a promoção da saúde, a saber, atividade física, hábitos alimentares e tabagismo. As questões referentes aos hábitos de sono foram elaboradas especialmente para esta pesquisa e se baseou na literatura genérica, relativa à qualidade do sono. Esta segunda parte do instrumento foi composta por quarenta e nove questões, sendo algumas de múltipla escolha e outras abertas, agrupadas em quatro categorias, correspondentes aos hábitos pesquisados (atividade física, alimentação, tabagismo e sono).

Esta parte do questionário foi aplicada três vezes ao longo da pesquisa; ou seja, no contato inicial, após o terceiro e depois do quinto contato telefônico. Através dele pode-se identificar as mudanças de comportamento. Foi considerado como clientes que modificaram o comportamento aqueles que referiram: terem parado de fumar, iniciaram atividade física com tempo superior a 120 minutos na semana, melhoraram a alimentação e dormiam tempo superior a 6 horas por noite

e que o tempo dormido fosse igual ou superior ao tempo que eles consideraram adequados.

3.6 Descrição da intervenção por meio dos contatos telefônicos

No primeiro contato telefônico, após disponibilização de informações referentes aos hábitos pesquisados, os clientes foram questionados sobre o interesse em receber intervenções sobre um ou mais hábitos dentre os pesquisados. Após a escolha do cliente era feita uma comparação entre ela e a necessidade identificada pela pesquisadora. Se houvesse discordância, a pesquisadora informaria sobre a importância do cliente considerar o hábito disfuncional, que ele referiu não ter interesse em trabalhar, mesmo disponibilizando informações gerais sobre este, o hábito trabalhado seria o escolhido pelo cliente.

O conteúdo utilizado para a intervenção sobre os hábitos pesquisados, se encontra descrito no anexo 5. Em todas as ligações houve um registro sobre as informações recebidas dos comportamentos já citados anteriormente.

A intervenção foi constituída por informações e orientações relativas ao tema em questão; abordagem da dificuldade encontrada pelos participantes para adoção dos hábitos desejados; negociação de possíveis soluções para o enfrentamento dessas dificuldades; avaliação sistemática dos progressos alcançados. Esta intervenção teve como orientação as técnicas para mudança de comportamentos disfuncionais utilizadas na Teoria Cognitivo-Comportamental.

No terceiro e no quinto contato telefônico, conforme mencionado anteriormente, além do conteúdo trabalhado nos demais contatos, foram feitos novos preenchimentos na segunda parte do questionário para avaliação dos indicadores de saúde.

Etapas contidas no contato telefônico:

Os exemplos baseados na transcrição da gravação de cada etapa encontram-se no anexo (6)

1. Identificação e negociação de horário

No primeiro contato telefônico, a pesquisadora se apresentou, verificando a disponibilidade do cliente em atendê-la. Quando isso não era possível, era agendada nova data para este contato.

2. Construção do contrato

Quando houve a disponibilidade, foi construído o contrato: garantia de sigilo, permissão para gravação e duração da intervenção. Nesta fase começou-se a criação do vínculo entre a pesquisadora e cliente.

3. Veiculação de informações

Foram fornecidos ao cliente aconselhamentos sobre alimentação saudável, prática de atividade física, higiene do sono e sobre cessação do tabagismo. Esses aconselhamentos tiveram como referencial teórico à literatura referente à promoção da saúde e seu conteúdo se encontra no anexo 5.

4. Identificação do estágio de motivação para mudança de comportamento

O cliente era questionado sobre a motivação que ele tinha para modificar o comportamento disfuncional. Era questionado se o momento era adequado para esta mudança.

5. Identificação de barreiras

O cliente era questionado sobre as possíveis dificuldades que ele supunha ter que enfrentar, para mudar o comportamento disfuncional. Neste momento a pesquisadora buscava entender junto ao cliente os tipos de dificuldades apresentadas, em uma tentativa de dimensionar a influência desta dificuldade na manutenção do hábito disfuncional.

6. Eleição das intervenções sobre as barreiras

Quando uma barreira foi apresentada, algumas sugestões para tentar eliminá-la foram apresentadas e em conjunto com o cliente foi escolhida a melhor opção para superação daquela.

7. Escolha do comportamento a ser estudado

Alguns clientes apresentaram mais de um hábito disfuncional, nestes casos foi escolhido em uma ação conjunta o hábito a ser trabalhado. Alguns clientes optaram em trabalhar dois hábitos disfuncionais juntos, como por exemplo a alimentação desequilibrada e o sedentarismo, outros optaram em trabalhar apenas um, outros preferiram trabalhar com o conjunto dos hábitos.

8. Orientação para elaboração do diário de atividades

A partir do primeiro contato, foi utilizado com o cliente a técnica de auto-monitoração. Sua introdução no início do acompanhamento salienta a natureza cooperativa e de auto ajuda. Essa técnica é flexível, pode ser aplicada a uma grande variedade de problemas explícitos e encobertos e pode proporcionar informações sobre muitos aspectos dos comportamentos disfuncionais. Ela 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. A auto-monitoração escolhida neste estudo foi o uso do diário, que incluiu contadores de frequência e auto avaliação ⁽³⁴⁾, isto é, o registro da hora e do local em que o comportamento disfuncional ocorreu, a sua descrição e o registro de outros comportamentos associados à ocorrência do primeiro.

Para clientes que fumam, foi solicitado que no diário se registrasse a hora em que fumou, quantos cigarros foram consumidos, o comportamento anterior e posterior ao ato de fumar e qual foi o sentimento anterior e posterior. Para clientes que não tinham uma alimentação saudável, foi solicitado que no diário se anotasse a hora, o que ele comeu, o comportamento anterior e posterior ao ato de comer e qual o sentimento anterior e posterior a este. Para clientes que não tinham um nível adequado

de atividade física, foi solicitado que ele pré determinasse alguns horários nos quais ele se dispusesse a fazer uma atividade física, sendo anotado no diário esse horários, se ele conseguiu realizar esta atividade física, que tipo foi realizada, com o tempo gasto para praticá-la, o comportamento anterior e posterior a esse horário, assim como o sentimento anterior e posterior. Para clientes que dormiam menos de 6 horas por noite, foi solicitado que no diário fosse escrito o que ele faziam e sentiam antes de dormir e o comportamento e sentimento posterior ao acordar.

9. Esclarecimento de dúvidas

Durante todo o contato, as dúvidas que foram surgindo foram esclarecidas. Nos casos em que a pesquisadora não dispunha da resposta de imediato, a dúvida era anotada para elucidação no contato posterior.

10. Resumo do contato

Ao final de cada contato telefônico, a pesquisadora resumia e reforçava as orientações mais importantes, e fazia uma revisão do que o paciente havia se comprometido a fazer como tarefa (diário de atividades) até o próximo contato. Nos primeiros contatos a pesquisadora fazia os resumos. Nos subseqüentes, encorajava o cliente a fazê-lo, valendo-se disto para que o próprio cliente avaliasse o que havia sido aprendido durante o contato.

A partir do segundo contato:

11. Ponte com o contato anterior.

Esta ponte é uma breve retomada do que foi tratado e trabalhado no contato anterior. Esta atividade também era desenvolvida, a princípio pela pesquisadora, posteriormente o cliente era incentivado a complementá-la ou a realizá-la completamente. Uma das finalidades desta técnica é possibilitar o sequenciamento do projeto, a outra é fazer com que de alguma forma, o cliente se mantenha comprometido com o objetivo proposto, durante o maior tempo possível entre um contato e outro, uma vez que acredita-se que, saber que será indagado sobre o que foi conversado anteriormente, motiva o

cliente a se preparar para o próximo contato, pensando no conteúdo trabalhado durante o intervalo entre os contatos.

12. Atualização retrospectiva

Este era o momento em que se fazia a verificação de mudança de comportamento planejada no período compreendido entre o último contato e o atual. Quando o cliente já reconhecia que houve mudança, verificava-se em que período isto aconteceu e como deu-se este processo de mudança.

13. Revisão da tarefa

Nesta fase, era feita o resgate da tarefa (diário de atividades) e das dificuldades que o cliente encontrou ao realizá-la.

14. Identificação e conscientização de contingências eliciadoras

Após a superação das dificuldades (caso tenha havido), a pesquisadora passava a realizar em conjunto com o cliente a identificação e análise dos eliciadores do comportamento em questão, assim como dos mecanismos mantenedores de sua ocorrência. O cliente e a pesquisadora passavam a discutir modos e possibilidades de como se poderia evitar situações eliciadoras e de modificações das contingências.

15. Reforço de atitudes e comportamentos funcionais

Após a identificação de atitudes que melhoraram ou desencadearam o comportamento esperado, o cliente foi parabenizado e incentivado à continuação desta ação. O reforço do comportamento também era feito por meio da identificação e da ênfase dos benefícios que o cliente já percebia em si e no ambiente, como resultado da mudança comportamental.

3.7 Análise estatística

- 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. Para as variáveis qualitativas, calculou-se as frequências absolutas e relativas.

- Análise comparativa:

Nas variáveis qualitativas foi aplicado o 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. ⁽³⁵⁾ Foram utilizados para testar a efetividade da técnica do aconselhamentos telefônicos em vários indivíduos. Cada um deles 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 os testes foi de 5%.

Quando tivemos vários níveis de respostas nas qualitativas, nós utilizamos do índice Kappa para estudar a concordância entre as respostas, no momento pré, após o terceiro e após o quinto, contato telefônico. Kappa é interpretado como a proporção de concordância entre duas ou mais medidas de “n ” observações, após a exclusão das concordâncias ao acaso. O teste Kappa é também considerado adequado para medir concordâncias, corrigidas pelas concordâncias ao acaso, pois não aumenta o percentual de discordância nos casos de populações homogêneas – aquelas com taxas próximas de 100 ou 0%. Compara as diferenças entre as concordâncias observadas com as esperadas até o valor máximo possível desta diferença. Este índice varia de 0 a 1 sendo que:

$Kappa \leq 0,45$ temos reprodutibilidade marginal

$0,45 < Kappa < 0,75$ temos boa reprodutibilidade

$Kappa \geq 0,75$ temos ótima reprodutibilidade

4. Resultados

Os resultados estão apresentados na seguinte seqüência:

1. Caracterização dos dados sociodemográficos dos 46 clientes.
2. Caracterização dos contatos telefônicos.
3. Indicadores de mudança de comportamento nos Grupos A e B.
4. Alteração do estágio de motivação para mudança de comportamento nos Grupos A e B.
5. Motivadores para mudança de comportamento nos Grupos A e B.

4.1 Caracterização dos dados sociodemográficos dos 46 clientes.

Tabela 1: Distribuição dos clientes segundo sexo. São Paulo, 2004.

Sexo	N	(%)
Feminino	38	82,6
Masculino	8	17,4
Total	46	100,0

A Tabela 1 mostra que houve predominância de indivíduos do sexo feminino no grupo estudado.

Tabela 2: Distribuição dos clientes segundo a idade. São Paulo, 2004.

Idade (anos)	N	(%)
23 – 39	6	13,0
40 – 59	30	65,2
Acima 60	10	21,8
Total	46	100,0

Dentre os indivíduos participantes, notou-se que a idade mínima era de 23 anos e a idade máxima era de 69 anos, sendo que, como mostra a tabela 2 a faixa etária predominante ficou entre 40 e 59 anos.

Tabela 3: Distribuição dos clientes segundo a situação conjugal. São Paulo, 2004.

Situação conjugal	N	(%)
Com companheiro(a)	26	56,5
Sem companheiro(a)	20	43,5
Total	46	100,0

Por meio da tabela 3, observa-se que houve predominância de indivíduos que conviviam com um (a) companheiro (a).

Tabela 4: Distribuição dos clientes segundo a estrutura familiar. São Paulo, 2004.

Estrutura familiar	N	(%)
Com companheiro (a) e filho(s)	17	36,9
Com companheiro (a) sem filho(s)	8	17,4
Com pais	8	17,4
Com filho(s)	9	19,6
Sozinhos	4	8,7
Total	46	100,0

Por meio da tabela 4, observou-se que houve predominância de indivíduos que conviviam com companheiro(a) e filho(s).

Tabela 5: Distribuição dos clientes segundo a ocupação. São Paulo, 2004.

Ocupação	N	(%)
Prendas do lar	29	63,0
Com vínculo empregatício	8	17,4
Autônomo	6	13,1
Aposentado	3	6,5
Total	46	100,0

Através da tabela 5, observou-se que houve predominância de indivíduos que cuidavam da casa (prendas do lar).

Tabela 6: Distribuição dos clientes segundo a renda per capita. São Paulo, 2004.

Renda per capita	N	(%)
R\$ 160,00 – R\$ 250,00	12	26,1
R\$ 251,00 – R\$ 500,00	21	45,6
R\$ 501,00 – R\$ 1.000,00	9	19,6
R\$ 1.001,00 – R\$ 2.000,00	1	2,2
R\$ 2.001,00 – R\$ 3.000,00	3	6,5
Total	46	100,0

A renda mínima verificada foi de R\$ 160, 00, a renda máxima foi de R\$ 3.000,00. Constatou-se que houve predominância das pessoas que possuíam renda per capita compreendida entre R\$ 251,00 e R\$ 500,00.

Tabela 7: Distribuição dos clientes segundo a escolaridade. São Paulo, 2004.

Escolaridade	N	(%)
Ensino fundamental completo	33	71,8
Ensino médio completo	10	21,7
Universitário incompleto	3	6,5
Total	46	100,0

Conforme a tabela 7, houve predominância de clientes com baixa escolaridade.

Resumindo os dados sociodemográficos do grupo estudado, verificamos que ele foi predominantemente composto por mulheres de meia idade, que conviviam com companheiro e filho(s), dedicadas às prendas do lar, com baixa escolaridade e baixa renda.

4.2 Caracterização dos contatos telefônicos.

A duração média dos contatos telefônicos foi de 35 minutos para o primeiro e último contato, e cerca de 25 minutos para os contatos intermediários. A menor ligação teve duração de 15 minutos e a maior prolongou-se por 55 minutos.

Para a obtenção de sucesso para os contatos telefônicos, a média de tentativas foi de duas vezes no primeiro contato, três vezes para o segundo e terceiro contatos, e cinco vezes para o quinto contato, sendo que este último apenas para o Grupo A. Para os integrantes do Grupo B foram feitas sessenta tentativas mal sucedidas após o terceiro contato, quando então, passaram a serem considerados desistentes.

Constatou-se que os motivos para perda do contato após o terceiro telefonema (clientes do grupo B) foram; viagem sem data prevista de volta (9 clientes) e alguns telefones fora de serviço (3 clientes). Foi tentado o contato em dias e horários diferentes.

4.3 Indicadores de mudança de comportamento nos Grupos A e B.

Tabela 8: Distribuição dos hábitos disfuncionais nos Grupos A e B. São Paulo, 2004.

Hábitos disfuncionais	Grupos			
	A		B	
	N	%	N	%
Tabagismo				
Sim	18	52,9	8	66,7
Não	16	47,1	4	33,3
Sedentarismo				
Sim	14	41,2	6	50,0
Não	20	58,8	6	50,0
Alimentação não equilibrada				
Sim	19	55,9	8	66,7
Não	15	44,1	4	33,3
Sono inadequado				
Sim	29	85,3	10	83,3
Não	5	14,7	2	16,7

Através da tabela 8, observou-se que, no Grupo B, houve maior predominância dos hábitos disfuncionais em relação ao Grupo A. Em ambos os grupos, o sono inadequado teve a maior predominância, seguido da alimentação não equilibrada, do tabagismo e do sedentarismo.

Tabela 9: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo a mudança de comportamento, em relação aos hábitos disfuncionais ao final de cinco contatos telefônicos. São Paulo, 2004.

Hábitos Disfuncionais	Mudança comportamento				P	Total***	
	Sim		Não			N	%
	N	%	N	%			
Tabagismo	3	16,7	15	83,3	0,479 *	18	100,0
Sedentarismo	7	50,0	7	50,0	0,035 **	14	100,0
Alimentação não equilibrada	3	15,8	16	84,2	0,507 *	19	100,0
Sono inadequado	6	20,7	23	79,3	0,008**	29	100,0

* Kappa P < 0,001

**McNemar P < 0,05

*** O total refere-se ao número de indivíduos que tinham o hábito disfuncional.

Observou-se, através da tabela 9, que houve mudança de comportamento dos clientes do Grupo A, em relação a todos os hábitos investigados, embora tenha havido diferença estatisticamente significativa entre o pré-contato e o quinto contato apenas em relação aos hábitos de sedentarismo e de sono inadequado.

Tabela 10: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo a mudança de comportamento, em relação aos hábitos disfuncionais ao final de três contatos telefônicos. São Paulo, 2004.

Hábitos Disfuncionais	Mudança comportamento				P	Total****	
	Sim		Não			N	%
	N	%	N	%			
Tabagismo	0	0	8	100,0	*	8	100,0
Sedentarismo	1	16,7	5	83,3	0,317**	6	100,0
Alimentação não equilibrada	3	37,5	5	62,5	0,489 ***	8	100,0
Sono inadequado	0	0	10	100,0	*	10	100,0

* Não foi possível realizar o teste, pois não houve mudança nas respostas referentes a estes hábitos entre o pré e o terceiro contato.

** McNemar $P < 0,05$

*** Kappa $P < 0,001$

**** O total refere-se ao número de indivíduos que tinham hábitos disfuncionais.

Observou-se, por meio da tabela 10, que apenas nos hábitos referentes ao sedentarismo e alimentação não equilibrada, houve mudança de comportamento, embora estes resultados não tenham sido estatisticamente significativos.

Tabela 11: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo a mudança de comportamento, relativa aos hábitos disfuncionais ao final de três contatos telefônicos. São Paulo, 2004.

Hábitos Disfuncionais	Mudança comportamento				P	Total****	
	Sim		Não			N	%
	N	%	N	%			
Tabagismo	0	0	18	100,0	*	18	100,0
Sedentarismo	3	21,4	11	78,6	0,083 **	14	100,0
Alimentação não equilibrada	5	26,3	14	73,7	0,750***	19	100,0
Sono inadequado	0	0	29	100,0	*	29	100,0

* Não foi possível realizar o teste, pois não houve mudança nas respostas referentes a estes hábitos entre o pré-contato e o terceiro contato.

** McNemar $P < 0,05$

*** Kappa $P < 0,001$

**** O total refere-se ao número de indivíduos que tinham hábitos disfuncionais.

Observou-se através da tabela 11, que houve mudança de comportamento apenas em relação aos hábitos “sedentarismo” e “alimentação não equilibrada”, embora de maneira discreta, não sendo estatisticamente significativas.

Tabela 12: Distribuição dos clientes que diminuíram a quantidade de cigarros fumados por dia durante a intervenção, segundo o grupo e o momento de intervenção. São Paulo, 2004.

Grupo	3° Contato				5° Contato				P
	Sim		Não		Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A	0	0	7	100,0	7	100,0	0	0	*0,041
B	0	0	4	100,0					

*McNemar $P < 0,05$

Observou-se, que a redução do número de cigarros fumados por dia só ocorreu entre o terceiro e o quinto contato telefônico para os integrantes do Grupo A, sendo que esta diferença foi estatisticamente significativa.

Tabela 13: Distribuição dos clientes fumantes do Grupo A, o grau de dependência à nicotina e o momento da intervenção . São Paulo, 2004.

Grau dependência À nicotina	Pré-contato		3° contato		5° contato	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Muito baixo	1	5,5	1	5,5	7	38,9
Baixo	1	5,5	1	5,5	5	27,8
Médio	6	33,4	6	33,4	3	16,7
Elevado	5	27,8	5	27,8	2	11,1
Muito elevado	5	27,8	5	27,8	1	5,5
Total	18	100,0	18	100,0	18	100,0

*Entre o pré-contato e 3° contato: não foi possível realizar o teste estatístico, pois não houve mudança nas respostas nos 18 casos analisados.

*Entre o pré-contato e 5° contato: P= 0,018

*Kappa P < 0,001

Tabela 14: Distribuição dos clientes fumantes do Grupo B, segundo o grau de dependência à nicotina e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Grau dependência à nicotina	Pré-contato		3° contato	
	N	(%)	N	(%)
Muito baixo	1	12,5	1	12,5
Baixo	1	12,5	1	12,5
Médio	1	12,5	1	12,5
Elevado	1	12,5	1	12,5
Muito elevado	4	50,0	4	50,0
Total	8	100,0	8	100,0

Não foi possível realizar o teste estatístico, uma vez que não houve mudança nas respostas nos 8 casos analisados entre o pré-contato e o terceiro contato.

Através das tabelas 13 e 14, observou-se que a diminuição do grau de dependência à nicotina ocorreu unicamente entre os clientes do Grupo A e apenas entre o pré-contato e o quinto contato, sendo que esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Tabela 15: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo o IMC e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

IMC	Pré-contato		3° contato		5° contato	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
menor 25	5	14,7	5	14,7	6	17,6
25-29	11	32,3	13	38,2	16	47,1
30-39	16	47,1	14	41,2	10	29,4
maior 40	2	5,9	2	5,9	2	5,9
Total	34	100,0	34	100,0	34	100,0

*Entre o pré-contato e 3° contato: P = 0,91

*Entre o pré-contato e 5° contato: P = 0,69

*Kappa P < 0,001

Tabela 16: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo o IMC e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

IMC	Pré-contato		3° contato	
	N	(%)	N	(%)
menor 25	6	50,0	6	50,0
25-29	3	25	4	33,4
30-39	2	16,7	1	8,3
maior 40	1	8,3	1	8,3
Total	12	100,0	12	100,0

*Entre o pré-contato e 3° contato: P = 1,0

*Kappa P < 0,001

Através das tabelas 15 e 16, observou-se uma discreta melhora do IMC no Grupo A no período do pré-contato para o terceiro contato. Esta melhora se acentuou consideravelmente no intervalo entre terceiro e o quinto contato. No grupo B, houve modificações apenas em um cliente. As comparações entre os momentos do Grupo A e do Grupo B não foram estatisticamente significantes.

Tabela 17: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo as informações referentes à qualidade da alimentação e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Tipo alimentação	Pré-contato		3° contato		5° contato	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Menos saudável	4	11,8	3	8,8	4	11,8
Igual	15	44,1	11	32,4	12	35,3
Mais saudável	15	44,1	20	58,8	18	52,9
Total	34	100,0	34	100,0	34	100,0

*Entre o pré-contato e 3° contato: $P = 0,75$

*Entre o pré e 5° contato: $P = 0,50$

*Kappa $P < 0,001$

Tabela 18: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo as informações referentes à qualidade da alimentação e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Tipo alimentação	Pré-contato		3° contato	
	N	(%)	N	(%)
Menos saudável	6	50,0	3	25,0
Igual	2	16,7	2	16,7
Mais saudável	4	33,3	7	58,3
Total	12	100,0	12	100,0

* $P = 0,48$

*Kappa $< 0,001$

As tabelas 17 e 18 mostram que, com base nas informações dos clientes, houve melhora da qualidade da alimentação do Grupo A no período compreendido entre o pré e o terceiro contato, tendo desaparecido entre o terceiro e quinto contatos. No Grupo B a melhora também ocorreu, em maior proporção que no grupo anterior. Estas melhoras, no entanto não foram estatisticamente significativas.

4.4 Alteração do estágio de motivação para mudança de comportamento nos Grupos A e B.

Tabela 19: Distribuição dos clientes fumantes do Grupo A, segundo o estágio de motivação para parar de fumar e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Estágio Motivacional	Pré-contato		3° contato		5° contato	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Pré-contemplativo	0	0	0	0	1	5,5
Contemplativo	3	16,7	3	16,7	3	16,7
Preparação	3	16,7	2	11,1	2	11,1
Ação com dificuldade	12	66,6	13	72,2	9	50,0
Ação sem dificuldade	0	0	0	0	3	16,7
Total	18	100,0	18	100,0	18	100,0

*Entre o pré-contato e 3° contato: P = 0,88

*Entre o pré e 5° contato: P = 0,34

*Kappa < 0,001

Tabela 20: Distribuição dos clientes fumantes do Grupo B, segundo o estágio de motivação para parar de fumar e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Estágio Motivacional	Pré-contato		3° contato	
	N	(%)	N	(%)
Pré-contemplativo	1	12,5	1	12,5
Contemplativo	0	0	0	0
Preparação	3	37,5	3	37,5
Ação com dificuldade	3	37,5	3	37,5
Ação sem dificuldade	1	12,5	1	12,5
Total	8	100,0	8	100,0

Não foi possível realizar o teste estatístico, pois não houve mudança nas respostas nos 8 casos analisados entre o pré-contato e o terceiro contato.

Através das tabelas 19 e 20, observou-se que houve mudança no estágio de motivação, unicamente no Grupo A. Esta mudança, no entanto, não foi estatisticamente significativa.

Tabela 21: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo o estágio de motivação para iniciar a prática de atividade física e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Estágio Motivacional	Pré-contato		3° contato		5° contato	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Pré-contemplativo	1	2,9	4	11,8	0	0
Contemplativo	1	2,9	0	0	0	0
Preparação	12	35,3	3	8,8	3	8,8
Ação com dificuldade	14	41,2	8	23,5	8	23,5
Ação sem dificuldade	6	17,7	19	55,9	23	67,7
Total	34	100,0	34	100,0	34	100,0

*Entre o pré-contato e 3° contato: P = 0,69

*Entre o pré-contato e 5° contato: P = 0,13

*Kappa P < 0,001

Tabela 22: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo o estágio de motivação para iniciar a prática de atividade física e o momento da intervenção. São Paulo, 2004

Estágio Motivacional	Pré-contato		3° contato	
	N	(%)	N	(%)
Pré-contemplativo	1	8,3	1	8,3
Contemplativo	0	0	0	0
Preparação	7	58,4	7	58,4
Ação com dificuldade	4	33,3	4	33,3
Ação sem dificuldade	0	0	0	0
Total	12	100,0	12	100,0

Não foi possível realizar o teste estatístico, pois não houve mudança nas respostas nos 12 casos analisados entre o pré-contato e o terceiro contato.

Por meio das tabelas 21 e 22, observou-se que apenas no Grupo A houve mudança no estágio da motivação, sendo perceptível já no terceiro contato. Esta mudança no entanto, não foi estatisticamente significativa.

Tabela 23: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo o estágio de motivação para a mudança da qualidade da alimentação e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Estágio Motivacional	Pré-contato		3° contato		5° contato	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Pré-contemplativo	1	2,9	1	2,9	1	2,9
Contemplativo	2	5,9	2	5,9	3	8,8
Preparação	16	47,1	10	29,4	5	14,7
Ação com dificuldade	10	29,4	16	47,1	16	47,1
Ação sem dificuldade	5	14,7	5	14,7	9	26,5
Total	34	100,0	34	100,0	34	100,0

*Entre o pré-contato e 3° contato: $P = 0,74$

*Entre o pré e 5° contato: $P = 0,37$

*Kappa < 0,001

Tabela 24: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo o estágio da motivação para a mudança da qualidade da alimentação e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Estágio Motivacional	Pré-contato		3° contato	
	N	(%)	N	(%)
Pré-contemplativo	1	8,3	1	12,5
Contemplativo	1	8,3	1	0
Preparação	3	25,0	2	37,5
Ação com dificuldade	6	50,0	7	37,5
Ação sem dificuldade	1	8,3	1	12,5
Total	12	100,0	12	100,0

*Entre o pré-contato e 3° contato: $P = 0,87$

*Kappa $< 0,001$

Através das tabelas 23 e 24, observou-se que no Grupo A, houve mudança do estágio da motivação já no terceiro contato. No Grupo B a mudança foi muito discreta. Não houve significância estatística em qualquer das situações analisadas.

Tabela 25: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo o estágio de motivação para melhorar a qualidade do sono e o momento de intervenção. São Paulo, 2004.

Estágio Motivacional	Pré-contato		3° contato		5° contato	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Pré-contemplativo	6	17,7	2	5,9	1	2,9
Contemplativo	4	11,8	2	5,9	3	8,8
Preparação	15	44,1	17	50	5	14,7
Ação com dificuldade	8	23,5	11	32,3	16	47,1
Ação sem dificuldade	1	2,9	2	5,9	9	26,5
Total	34	100,0	34	100,0	34	100,0

*Entre o pré-contato e 3° contato: $P = 0,74$

*Entre o pré e 5° contato: $P = 0,20$

*Kappa $P < 0,001$

Tabela 26: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo o estágio de motivação para melhorar a qualidade do sono e o momento de intervenção. São Paulo, 2004.

Estágio Motivacional	Pré-contato		3° contato	
	N	(%)	N	(%)
Pré-contemplativo	0	0	0	0
Contemplativo	1	8,3	1	8,3
Preparação	5	41,7	5	41,7
Ação com dificuldade	5	41,7	5	41,7
Ação sem dificuldade	1	8,3	1	8,3
Total	12	100,0	12	100,0

Não foi possível realizar o teste estatístico, pois não houve mudança nas respostas nos 12 casos analisados entre o pré-contato e o terceiro contato.

Através das tabelas 25 e 26, observou-se que, apenas no Grupo A houve uma mudança no estágio da motivação, sendo perceptível já no terceiro contato. Esta mudança não foi estatisticamente significativa.

4.5 Motivadores para mudança de comportamento nos Grupos A e B.

Tabela 27: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo presença de motivos relacionados á saúde para mudar o comportamento relativo aos hábitos disfuncionais e o momento de intervenção. São Paulo, 2004.

Hábitos Disfuncionais	Pré-contato		3° contato		P	5° contato		P	Total	
	N	(%)	N	(%)		N	(%)		N	(%)
Tabagismo	11	61,1	11	61,1	*	4	22,2	0,04 **	18	100,0
Sedentarismo	14	41,2	14	41,2	*	4	11,8	0,002**	34	100,0
Alimentação não equilibrada	17	50,0	17	50,0	*	6	17,6	0,002**	34	100,0

*Não foi possível realizar o teste estatístico, pois não houve mudança nas respostas nos casos analisados entre o pré-contato e o terceiro contato.

**McNemar $P < 0,05$

Tabela 28: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo presença de motivos relacionados à saúde para mudar o comportamento relativo aos hábitos disfuncionais e o momento de intervenção. São Paulo, 2004.

Hábitos Disfuncionais	Pré-contato		3° contato		P	Total	
	N	(%)	N	(%)		N	(%)
Tabagismo	4	50,0	4	50,0	*	8	100,0
Sedentarismo	4	33,3	4	33,3	*	12	100,0
Alimentação não equilibrada	5	41,7	4	33,3	0,31**	12	100,0

*Não foi possível realizar o teste estatístico, pois não houve mudança nas respostas nos casos analisados entre o pré-contato e o terceiro contato.

**McNemar P <0,05

Através das tabelas 27 e 28, observou-se que a percepção de doenças como elemento motivador de mudanças de hábitos, no Grupo A ao longo do processo, foi diminuindo, esta diferença foi estatisticamente significativa. No Grupo B, não houve mudanças.

Tabela 29: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo iniciativas próprias para mudar o comportamento relativo aos hábitos disfuncionais e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Hábito Disfuncional	Pré-contato		3° contato		P	5° contato		Total		P
	N	(%)	N	(%)		N	(%)	N	(%)	
Tabagismo	10	55,5	10	55,5	*	9	50,0	18	100,0	0,08**
Sedentarismo	12	35,3	12	35,3	*	17	50,0	34	100,0	0,13**
Alimentação não equilibrada	21	61,8	21	61,8	*	26	76,5	34	100,0	0,13**

*Não foi possível realizar o teste estatístico, pois não houve mudança nas respostas nos casos analisados entre o pré-contato e o terceiro contato.

**McNemar P <0,05

Tabela 30: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo iniciativas próprias para mudar o comportamento relativo aos hábitos disfuncionais e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Hábito Disfuncional	Pré-contato		3° contato		P	Total	
	N	(%)	N	(%)		N	(%)
Tabagismo	5	62,5	5	62,5	*	8	100,0
Sedentarismo	4	33,3	4	33,3	*	12	100,0
Alimentação não equilibrada	5	41,7	5	41,7	*	12	100,0

*Não foi possível realizar o teste estatístico, pois não houve mudança nas respostas nos casos analisados entre o pré-contato e o terceiro contato.

Por meio das tabelas 29 e 30, observou-se que as iniciativas próprias, como fator para mudança de comportamento foram aumentando nos clientes do Grupo A, embora não tenha sido estatisticamente significantes. No Grupo B, não houve mudanças.

Tabela 31: Distribuição dos clientes do Grupo A, segundo a presença de motivos não ligados à saúde para mudança de comportamento relativo aos hábitos disfuncionais e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Hábitos disfuncionais	Pré-contato		3° contato		P	5° contato		P	Total	
	N	(%)	N	(%)		N	(%)		N	(%)
Tabagismo	8	44,4	8	44,4	*	3	16,7	0,31**	18	100,0
Sedentarismo	6	17,6	6	17,6	*	1	2,9	0,025**	34	100,0
Alimentação não equilibrada	7	20,6	7	20,6	*	2	5,9	0,025**	34	100,0

*Não foi possível realizar o teste estatístico, pois não houve mudança nas respostas entre o pré-contato e o terceiro contato.

**McNemar P <0,05

Tabela 32: Distribuição dos clientes do Grupo B, segundo a presença de motivos não ligados á saúde para mudança de comportamento relativo aos hábitos disfuncionais e o momento da intervenção. São Paulo, 2004.

Hábitos disfuncionais	Pré-contato		3° contato		P	Total	
	N	(%)	N	(%)		N	(%)
Tabagismo	4	50,0	4	50,0	*	8	100,0
Sedentarismo	2	16,7	4	33,3	0,15**	12	100,0
Alimentação não equilibrada	6	50,0	6	50,0	*	12	100,0

*Não foi possível realizar o teste estatístico, pois não houve mudança nas respostas relativas ao tabagismo e a alimentação não equilibrada entre o pré-contato e o terceiro contato.

**McNemar $P < 0,05$

Através das tabelas 31 e 32, observou-se que no Grupo A, a presença de motivos não ligados à saúde agiu apenas entre o terceiro e quinto contatos, porém sendo que esta diferença mostrou-se estatisticamente significativa. No Grupo B, estes motivos afetaram apenas o hábito de sedentarismo e mesmo assim, sem apresentar diferença estatisticamente significante.

5. DISCUSSÃO

O fio condutor da discussão aqui apresentada está baseado na vertente da intervenção telefônica em promoção da saúde, como método efetivo de intervenção para a mudança de comportamento.

Antes de tratarmos desta questão, no entanto, faremos uma breve análise comparativa do perfil do grupo aqui pesquisado em relação a outras populações apresentadas em trabalhos descritos na literatura. Cabe esclarecer também, que usaremos esta seqüência de enfoque para os quatro comportamentos aqui estudados, iniciando pelo tabagismo e prosseguindo com o sedentarismo, a alimentação não saudável e finalmente o sono inadequado.

5.1 Tabagismo

Segundo estudo realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) sobre tabagismo entre 2002 e 2003, em 16 capitais brasileiras, a prevalência de indivíduos fumantes foi de 12,9% a 25,2%, índices menores que os obtidos pelo IBGE em 1989 quando registrou-se 31,7% no Brasil como um todo.⁽³⁶⁾ Tais dados estão muito abaixo dos encontrados no presente estudo, cuja prevalência foi de 56,5%. Cabe lembrar, que as características demográficas encontradas no grupo aqui estudado, foram bastante distintas das encontradas entre os fumantes dos estudos apresentados nos dados gerais do INCA e do IBGE. No entanto, ao fazermos um pareamento das características da nossa população (predominantemente constituída de mulheres com idade superior a 30 anos) com parte da população estudada pelo IBGE, temos que, neste último, a prevalência de tabagismo entre as mulheres urbanas na faixa etária de 30 a 49 anos foi de 39,1%,⁽³⁶⁾ enquanto que no presente estudo foi de 59,1%. Na faixa etária acima de 50 anos a prevalência encontrada pelo IBGE foi de 26,4%,⁽³⁶⁾ já no presente estudo foi de 22,2%, ou seja, após o pareamento, a prevalência que encontramos no nosso grupo, pelo menos em uma das faixas etárias das mulheres, continua sendo expressivamente mais elevada. Estudo sobre fatores de risco para doenças crônicas realizado no Município de São Paulo em 2001 e 2002 com

2.103 pessoas, mostrou prevalência de 29,4% de fumantes entre mulheres na faixa etária de 40-49 anos, e de 21,3% na faixa etária de 50 – 59 anos. ⁽³⁷⁾ Mais uma vez os percentuais do presente estudo foram mais elevados, pelo menos entre as mulheres de 40 a 49 anos.

Embora os estudos supracitados tenham apresentado prevalências menores do que as obtidas no presente estudo, cabe destacar, que eles já apontam para um aumento expressivo da incidência de tabagismo entre as mulheres de uma forma geral nas últimas décadas, fato que, talvez justifique pelo menos em parte, os resultados aqui encontrados.

É importante lembrar também, que a prevalência de tabagismo no presente trabalho sofreu um viés importante em relação aos demais estudos, uma vez que o local escolhido para captação dos clientes foi o CPS, que tem como um de seus principais enfoques o trabalho com fumantes, buscando a cessação do tabagismo, sendo inclusive, um centro de referência neste tema. Neste sentido, seria esperado que pessoas com esta demanda fossem atraídas para este serviço, fato que certamente contribuiu para o aumento da prevalência.

Em relação à mudança de comportamento verificou-se, que mesmo não havendo significância estatística, houve mudança de comportamento no Grupo A, ou seja, houve pequena diminuição do número de fumantes entre os integrantes do Grupo A (16,7%) e nenhuma alteração entre os integrantes do Grupo B, no período em que ocorreram os contatos telefônicos.

Ao compararmos os resultados aqui obtidos com estudos de intervenções presenciais apresentados em publicações científicas, temos que, em estudo brasileiro publicado em 1998, avaliando a eficácia da intervenção médica ambulatorial na cessação do hábito de fumar, com 100 pacientes, utilizando o adesivo de reposição de nicotina entre 8 a 12 semanas e contatos presenciais individuais a cada 21 dias no período de 8 ou 12 semanas, a mudança de comportamento observada foi de 41%, após um ano do início do tratamento. ⁽³⁸⁾ Neste estudo, não há explicitação do método de intervenção utilizado nestes encontros entre profissional e cliente.

Em outro estudo brasileiro realizado para avaliar a efetividade dos métodos de abordagem cognitivo-comportamental e de terapia de reposição de nicotina com adesivos para cessação de fumar, com 1.199 voluntários, a taxa de mudança de comportamento após um ano do início da intervenção, foi de 20% para grupos submetidos ao aconselhamento breve, 23% para grupos submetidos ao aconselhamento intensivo e 30% para os grupos que utilizaram o adesivo.⁽³⁹⁾

Em um terceiro estudo brasileiro desenvolvido no Ambulatório de Auxílio ao Abandono do Tabagismo da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, realizado com 169 fumantes, atendidos entre 1999 e 2000, foi feita à comparação da efetividade de quatro métodos de intervenção (o aconselhamento, a reposição de nicotina, a utilização da bupropiona e a associação dos dois últimos) visando a cessação do hábito de fumar. A taxa de mudança de comportamento observada foi de 49,1% entre os 124 pacientes que completaram o tratamento. Quanto a comparação da efetividade entre os métodos, os percentuais de mudança de comportamento foram: 23% quando foi utilizado o método de aconselhamento, 50%, para a reposição de nicotina, 59% para a utilização da bupropiona e 59% para a associação entre bupropiona e reposição de nicotina. Este estudo não define o momento em que os percentuais relativos à efetividade foram coletados.⁽⁴⁰⁾

Estes estudos mostram, que os percentuais de sucesso da intervenção terapêutica tendem a serem maiores quando são utilizados suportes medicamentosos (em adição ou não ao aconselhamento) e quando estabelecem um número adequado de contatos entre o profissional e o cliente. São pouco claros em relação a qual é efetivamente este número adequado, assim como a frequência em que eles deveriam ocorrer.

Ao compararmos os resultados dos estudos citados com os do presente estudo, observamos que o percentual de mudança de comportamento do grupo deste último foi menor do que todos os outros, em particular do que aqueles que usaram suporte medicamentoso e dos que

tiveram contatos numericamente superior a 5. Estes fatores aparentemente influíram no resultado de modo mais significativo do que o caráter presencial ou telefônico da intervenção, uma vez que, nas situações estudadas em que houve ausência do suporte medicamentoso e intervenções numericamente mais reduzidas, o índice de efetividade foi próximo ao encontrado no presente estudo, relativo ao Grupo A (20 a 23% e 16,7% respectivamente).

A comparação dos dados obtidos neste estudo com outros estudos de intervenção telefônica apresentados na literatura científica, apresenta uma dificuldade, logo que não foi possível localizarmos estudos, que se assemelhassem metodologicamente a este. A literatura traz algumas publicações que utilizam o telefone em um modelo de intervenção denominado “ligação reativa”. Tal modelo se refere à intervenção telefônica na qual o cliente liga para um número telefônico específico, por iniciativa própria, procurando ajuda e aconselhamento nos momentos e frequência que desejar, sem que haja qualquer projeto processualmente constituído. As intervenções são pontuais e o método é o mais indicado para grandes populações.⁽⁴¹⁾

A intervenção proposta no presente estudo tem sido teoricamente denominada de “ligação pró-ativa”, ou seja, o profissional de saúde liga para o cliente e conduz a intervenção com base num programa de ação estabelecido em conjunto com este.⁽⁴¹⁾ É o mais indicado para populações pequenas e vinculadas a serviços de saúde específicos. Pelas diferenças expostas, a comparação dos resultados destes dois modelos de intervenção não é a mais apropriada, no entanto, por falta de outras opções disponíveis, ela será feita, considerando as limitações já anunciadas.

Pesquisa sueca realizada com 1131 pessoas, em 2004, após um ano de atividade, sobre custo efetividade de um serviço telefônico gratuito de alcance nacional (ligação reativa), relatou que 31% dos fumantes afirmaram ter abandonado o uso do cigarro.⁽⁴²⁾

Um estudo inglês, no qual foi avaliado o impacto de um serviço telefônico (ligação reativa) para fumantes, utilizando também o suporte de

informações escritas, durante campanha em massa desde 1994, após um ano, obtiveram sucesso com 22% dos fumantes. É importante esclarecer, que este serviço baseou-se em orientações gravadas, sendo que recebeu cerca de 500.000 chamadas por ano e, cerca da metade destas ligações foram transferidas para o aconselhador, a critério do fumante, enquanto que a outra metade, se sentiu atendida em sua necessidade, apenas com a gravação.⁽⁴³⁾

Em pesquisa realizada na Califórnia, com objetivo de avaliar os resultados de um serviço telefônico de ajuda com cerca de 100.000 fumantes, no prazo de um ano, concluiu que 14,7% das pessoas atendidas, cessaram o uso do cigarro. Este serviço, baseado no modelo de ligação reativa utilizou material de auto-ajuda, além da ligação telefônica propriamente dita.⁽¹⁵⁾

Outro estudo realizado na Escócia para avaliar a eficácia da campanha antitabagista desde 1992, com o uso da intervenção telefônica, mostrou que em um ano de intervenção, 23,6% dos fumantes mudaram o comportamento, parando de fumar. Vale ressaltar que, este serviço adotou a ligação reativa e disponibilizou ao cliente material de apoio por escrito.⁽¹⁶⁾

Com base nos estudos apresentados em literatura, é possível perceber que os percentuais de sucesso variam consideravelmente entre os diferentes serviços de cessação do tabagismo, não apresentando relação com estratégias de reforçamento paralelo (material de suporte escrito). Tais dados parecem indicar, que este tipo de estratégia ainda merece maior investigação científica. De qualquer modo, se comparados aos resultados do presente estudo (16,7% no Grupo A), parece indicar que não houve vantagens no acompanhamento seqüencial e individualizado ocorrida neste estudo, uma vez que o percentual de sucesso deste último foi menor do que a maioria dos estudos baseados em intervenções únicas, pontuais e reativas.

Um fator que pode influenciar de forma direta a mudança de comportamento entre os fumantes é o estágio motivacional. O estágio

motivacional descreve a prontidão para a mudança de comportamento, de forma processual e dinâmica, onde apresentam diversos níveis de motivação, ao longo do tempo. ⁽²⁷⁾ Quanto mais motivada estiver a pessoa, maior a chance de obter sucesso na mudança de comportamento disfuncional, no caso um hábito não saudável.

Ao verificar o estágio motivacional dos fumantes, observa-se que ambos os grupos apresentavam estágio motivacional favorável à mudança de comportamento. Os integrantes do Grupo A, porém se encontravam em estágio de motivação mais favorável do que o do Grupo B, apresentando um movimento de motivação crescente: do estágio motivacional de ação com dificuldade para ação sem dificuldade, embora esta mudança não tenha sido estatisticamente significativa. O Grupo B, no entanto, iniciou o processo de intervenção no estágio motivacional de preparação e ação com dificuldade e não mostrou alteração no decorrer dos três contatos. O reconhecimento deste fator pode justificar o insucesso no Grupo B, além da própria desistência no percurso da intervenção.

É possível também, que a diferença de resultados obtidos entre os dois grupos esteja relacionada com o número de contatos telefônicos feitos, uma vez que o grupo que teve cinco contatos (Grupo A), obteve o melhor resultado referente a mudança do comportamento comparado ao grupo que teve apenas 3 (Grupo B).

Ao analisarmos a interferência do grau de dependência à nicotina na mudança de comportamento relativa ao hábito de fumar, observamos que o Grupo A, apresentou predomínio do grau elevado e do muito elevado, desde o contato inicial até o terceiro contato, sendo que este predomínio modificou-se para grau de dependência muito baixo e baixo no quinto contato. Esta mudança não foi estatisticamente significativa. No grupo B, o maior percentual obtido sobre o grau de dependência foi o do muito elevado no contato inicial e no terceiro contato, não tendo sido possível avaliar mudanças posteriores.

Ambos os grupos, portanto, iniciaram o programa com graus de dependência relevantes, e apresentaram evoluções discretamente diferentes em relação a esta variável. Mesmo sem diferenças estatisticamente significantes, estes dados sugerem que o número de contatos pode ter possibilitado um pequeno movimento positivo no grau de dependência entre os integrantes do Grupo A. Esta inferência se baseia no fato de que, como este grupo não apresentou qualquer modificação em relação ao grau de dependência até o terceiro contato, somos levados a pensar que 3 abordagens tenham sido numericamente insuficientes para favorecer mudanças de comportamento.

A dependência de nicotina é um processo complexo, envolvendo a inter-relação entre farmacologia, fatores condicionadores, personalidade e condições sociais. ⁽⁴⁴⁾ Investigar tal aspecto se mostra bastante útil na escolha de estratégias para auxiliar o fumante a deixar de fumar, pois, acredita-se que quanto maior a dependência da pessoa à nicotina, maior será a possibilidade ou a gravidade da síndrome de abstinência após a suspensão do tabagismo. ⁽⁴⁵⁾

Além disso, o processo de formação de hábito em torno da nicotina e das várias contingências 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 ⁽⁴⁶⁾ .

Ao analisarmos a diminuição dos cigarros fumados por dia, observamos que todos os fumantes do Grupo A diminuíram esta quantidade, porém esta diminuição apenas foi percebida por ocasião do quinto contato. **Esta diferença foi estatisticamente significativa.** Entre os integrantes do Grupo B, não houve diminuição do número de cigarros fumados. Estes dados reiteram a inferência de que três contatos não foram suficientes para possibilitar mudanças de comportamento.

Estudo brasileiro, realizado com o objetivo de avaliar os percentuais de sucesso/fracasso entre os fumantes tratados em ambulatório, mostrou que 13,7% do grupo conseguiu reduzir significativamente o número de

cigarros fumados por dia. Este estudo não faz referência ao número de encontros realizados no programa avaliado. ⁽⁴⁰⁾

Estudo realizado na Escócia utilizando a abordagem telefônica reativa a fim de auxiliar fumantes a pararem de fumar, observou que 88% dos fumantes relataram terem feito alguma mudança no seu comportamento com relação ao hábito de fumar. Este estudo, no entanto, não explicita que mudança foi esta (abandono ou diminuição), nem após quantos contatos este resultado foi obtido. ⁽¹⁶⁾

Em um estudo inglês com o mesmo objetivo, utilizando a abordagem telefônica reativa com suporte de informação escrita, 28% dos fumantes relataram diminuição do número de cigarros fumados por dia, sem contar o número de contatos realizados. ⁽⁴³⁾

A diversidade de métodos utilizados para abordagem do fumante e para o desenvolvimento das pesquisas de análise da efetividade destes programas limitam a comparação destes resultados com os do presente estudo.

5.2 Sedentarismo

Segundo estudo realizado em 1987, no Município de São Paulo, a prevalência de sedentarismo nesta população foi de 70,0%.⁽⁹⁾ Já em um estudo realizado entre 2001 e 2002, neste mesmo Município de São Paulo, sobre fatores de risco para doenças crônicas, mostrou que a prevalência de sedentarismo foi de 65,5%. ⁽³⁷⁾ Os dados destes estudos apresentam percentuais superiores ao encontrado no grupo aqui estudado, que foi de 43,5%. Ao parearmos as características demográficas da população analisada no estudo realizado no Município de São Paulo, entre 2001 e 2002, com a população do presente estudo temos que, no primeiro, a prevalência de sedentarismo entre as mulheres de 30 a 49 anos foi de 71,7%,⁽³⁷⁾ frente a 51,2% obtidos com os sujeitos da presente pesquisa.

Os percentuais menores encontrados no presente estudo, mesmo depois do pareamento entre os grupos, talvez possa ser justificado pelo fato

do grupo de clientes deste estudo ter sido recrutado no CPS, onde, entre outros temas, é abordado o sedentarismo. Não obstante, este hábito é identificado unicamente por meio da informação do cliente, diferentemente do tabagismo e da obesidade, pode ser que em alguns casos, alguns clientes tenham optado em responder de acordo com o que eles supunham que fosse melhor avaliado pelo profissional de saúde, ou seja, a ausência do sedentarismo. É possível que a espontaneidade em indicar o sedentarismo tenha sido maior no estudo da população do Município de São Paulo do que no grupo aqui estudado.

Mesmo tendo havido pequena mudança de comportamento relativo ao sedentarismo nos Grupos A e B a partir do terceiro contato (21,4% e 16,7%, respectivamente), esta mudança foi **estatisticamente significativa apenas no Grupo A, no quinto contato (50%)**. Mais uma vez, parece ter havido influência do número de contatos no sucesso do resultado da intervenção.

Ao compararmos os resultados aqui obtidos com estudos de intervenções presenciais apresentados em publicações científicas, temos que, em estudo brasileiro, publicado em 2003, com objetivo de verificar a efetividade de um programa de atividade física para diabéticos, 64,3% dos sedentários passaram a praticar algum tipo de atividade física com regularidade. O programa consistiu em 40 aulas ministradas por uma professora ou por um aluno de educação física.⁽⁴⁷⁾

Estudo brasileiro publicado em 2001, realizado com idosos, identificou uma taxa de adesão à prática de atividade física após intervenção presencial de 76,1 % para os sedentários e 88% para os indivíduos que já eram ativos antes do início da intervenção.⁽⁴⁸⁾

Em outro estudo brasileiro publicado em 2005, realizado com 64 senhoras fisicamente ativas durante 12 semanas, tendo como um dos objetivos verificar o efeito de um programa de orientação na atividade física mostrou aumento de 47,9% na frequência das atividades moderadas do grupo estudado em comparação com as do grupo controle.⁽⁴⁹⁾

Revisão bibliográfica publicada em 2002, apresentou dois estudos realizados em Stanford, que empregaram o telefone como estratégia de apoio para aumentar o nível de atividade física. O primeiro estudo realizado com 120 pessoas utilizou a intervenção presencial inicial e o telefone como instrumento para aumentar a prática de atividade física, mostrou que após as 24 semanas de intervenção, a adesão para a prática de atividade física foi de 90% para os homens e 75% para as mulheres.⁽⁵⁰⁾ O segundo estudo citado foi realizado com pessoas na faixa etária de 50 a 65 anos, e que passaram a receber aconselhamentos telefônicos após atendimento domiciliar visando a prática de atividade física moderada e intensa. Após um ano de intervenção contínua e espaçadas, 100,0% dos participantes aderiram à prática recomendada.⁽⁵⁰⁾

Diante dos resultados apresentados acima, os percentuais de sucesso da intervenção terapêutica tendem a ser maiores quando são feitas intervenções presenciais e quando o telefone é associado com outro tipo de intervenção. O número adequado de contatos entre o profissional e o cliente também pode ser um fator decisivo na adesão ao programa proposto. Entretanto são pouco claros com relação ao número e a frequência adequada dos contatos.

Ao compararmos tais resultados com aqueles encontrados no presente estudo, observamos que o percentual de mudança de comportamento do grupo deste último foi menor do que quase todos os outros, em particular do que aqueles que usaram suporte telefônico associado a intervenção presencial e dos que fizeram abordagem mais prolongada. Cabe ressaltar mais uma vez que esta comparação deve ser relativizada em função das diferenças de métodos entre os estudos levantados.

Ao verificarmos o estágio motivacional dos clientes sedentários observa-se que tanto os clientes do Grupo A quanto os do Grupo B apresentavam estágio motivacional favorável à mudança de comportamento (ação com dificuldade e preparação e preparação respectivamente).

Apenas os integrantes do Grupo A apresentaram movimento de motivação crescente, indo do estágio motivacional de ação com dificuldade para ação sem dificuldade, embora esta mudança não tenha sido estatisticamente significativa. Este pode ter sido um dos fatores para justificar o baixo percentual de mudança de comportamento no Grupo B, além da própria desistência no percurso da intervenção.

5.3 Alimentação não equilibrada

Em estudo realizado entre 2001 e 2002, no Município de São Paulo, sobre fatores de risco para doenças crônicas, mostrou que a prevalência de pessoas com sobrepeso nesta população foi de 29,2%.⁽³⁷⁾ Os dados deste estudo mostram percentuais semelhantes ao encontrado no grupo aqui estudado, que foi de 30,4%.

Estudo realizado no Município de São Paulo mostrou prevalência de sobrepeso de 27,1% e de 17,6% de obesidade entre as mulheres de 30-49 anos.⁽³⁷⁾ No presente estudo, entre as mulheres da mesma faixa etária dos percentuais encontrados foram de 29,6% para sobrepeso e de 50,0% para obesidade, ou seja percentuais mais elevados do que em pesquisa cujo recrutamento da população foi aleatória.

A presença da alimentação não equilibrada neste estudo foi referida por 58,7% dos clientes. Não foi possível encontrar estudos que utilizassem método ou base teórica semelhantes a este, o que impossibilitou comparações referentes a esta questão.

Nas últimas décadas têm-se observado mudanças no padrão alimentar da população brasileira, podendo-se destacar:

- redução do consumo de cereais e derivados, feijão, raízes e tubérculos, por conseguinte, diminuição da participação relativa de carboidratos complexos na dieta;
- substituição da banha, toucinho e manteiga por óleos vegetais e margarina, aumento do consumo de carnes, principalmente o de

aves, cuja proporção de gordura é menor do que das carnes vermelhas;

- aumento contínuo no consumo de ovos, leite e seus derivados;
- alto consumo de açúcar, totalizando cerca de um quarto do total de carboidratos da dieta;
- alto consumo de gorduras, superando o limite máximo recomendado pela Organização Mundial de Saúde. ⁽⁸⁾

Estes novos hábitos alimentares, no seu conjunto, tendem a resultar num consumo calórico diário elevado, fato que pode ter influenciado os resultados aqui obtidos referentes a sobrepeso e obesidade.

A mudança de comportamento relacionada à qualidade da alimentação foi observada em ambos os grupos deste estudo, ao tomar como base a comparação entre o contato inicial e o terceiro contato (26,3% para o Grupo A e 37,5% para o Grupo B), embora não tenha sido estatisticamente significativa em qualquer dos grupos.

Diferentemente dos outros comportamentos, houve retrocesso no comportamento desejado no Grupo A entre o terceiro e o quinto contato (de 26.3% para 15.8%). Vale destacar que este período coincidiu com as festividades de final de ano, ocasião na qual alimentos mais calóricos ficam à disposição com maior facilidade, sendo importante considerar a possibilidade do comportamento alimentar apresentar grande vulnerabilidade aos apelos sociais e ambientais e, portanto, apresentar resultados menos previsíveis do que os demais hábitos em relação à duração dos programas de intervenção e ao número de abordagens feitas.

Estudo brasileiro publicado em 2005, realizado no Município de São Paulo com 44 idosos, investigando a efetividade da intervenção nutricional presencial educativa, mostrou que 77,3% das pessoas modificaram seu comportamento alimentar. As principais modificações relacionaram-se ao tipo de alimento consumido, à quantidade de ingestão de água e à maneira de preparar os alimentos. ⁽⁵¹⁾

Em outro estudo brasileiro publicado em 2005, realizado durante 12 semanas, com 64 senhoras fisicamente ativas, investigando o efeito de um programa de orientação nutricional, mostrou mudança de comportamento alimentar 32.4% mais freqüente no grupo estudado em comparação com o grupo controle. ⁽⁴⁹⁾

A comparação entre os resultados obtidos nos diferentes estudos mostra uma grande variação dos percentuais de mudança de comportamento, o que pode estar relacionado com a diversidade de métodos de intervenção.

Em relação à perda de peso, em mulheres obesas durante o climatério, estudo brasileiro publicado em 2004 com a finalidade de avaliar o efeito de um programa de intervenção nutricional presencial, com duração de 40 semanas, mostrou que o grupo apresentou perda média de 2,3kg. ⁽⁵²⁾ Este resultado foi maior do que o observado no grupo do presente estudo cuja perda média foi de 1,900 Kg. Esta diferença pode estar relacionada ao fato do primeiro estudo ser expressivamente mais longo, com maior número de contatos e de caráter presencial.

Estudo sobre intervenção telefônica realizado na Austrália com a finalidade de avaliar o impacto de orientações sobre alimentação na incidência de diabetes melittus tipo 2 demonstrou que não houve diferença entre o grupo controle e o grupo de intervenção em relação à mudança do comportamento alimentar. ⁽⁵³⁾

Os hábitos alimentares são adquiridos em função de aspectos culturais, antropológicos, socioeconômicos e psicológicos, que envolvem o ambiente da pessoa. ⁽⁵⁴⁾ Assim qualquer mudança no hábito alimentar é um processo complexo que envolve a disposição do indivíduo para mudanças de ordem quantitativa (freqüência das refeições, porções alimentares) e qualitativa (tipos de alimentos). A motivação é um fator que ajuda a determinar a adesão da mudança comportamental, uma vez que quanto mais motivado o indivíduo estiver, mais fácil ele passará pelas dificuldades na aquisição do novo padrão alimentar.

Ao analisar o estágio motivacional dos participantes da pesquisa em relação à mudança do comportamento alimentar temos que ambos os grupos iniciaram o programa em estágio favorável à mudança de comportamento (preparação no Grupo A e ação com dificuldade no Grupo B). Os integrantes do grupo B mudaram de comportamento numa frequência maior que os do grupo A (37,5% e 26,3%, respectivamente), indicando que talvez o estágio de motivação inicial tenha influenciado neste resultado, mas não tenha ajudado a permanência no programa. É importante destacar que houve evolução no estágio de motivação apenas entre os integrantes do Grupo A (preparação para ação com dificuldade) já percebida no momento do terceiro contato, embora não tenha sido estatisticamente significativa.

5.4 Sono inadequado

A prevalência de clientes com sono inadequado neste estudo foi de 84,8%. Estudos populacionais indicam que 25% da população adulta no Brasil se queixa de algum distúrbio do sono.⁽⁵⁵⁾

Estudo brasileiro publicado em 2002 desenvolvido com 64 atletas paraolímpicos, com objetivo de investigar a qualidade e as principais queixas e distúrbios relacionados ao sono, mostrou que 34,4% destes atletas apresentavam pelo menos uma insatisfação com o seu próprio sono.⁽⁵⁶⁾

Outro estudo brasileiro, publicado em 2005, avaliando subjetivamente a qualidade do sono de 271 mulheres no climatério, mostrou que 29% delas consideravam sua qualidade do sono ruim.⁽⁵⁷⁾

Ao compararmos os resultados desses estudos com os do grupo aqui pesquisado observamos que as referências relativas à má qualidade do sono foram expressivamente superiores no grupo do presente estudo. A diversidade dos métodos e dos objetivos das pesquisas envolvidas não nos permite construir qualquer julgamento em torno da diferença de resultados, apenas nos mostra a relevância de um tema que recentemente vinha sendo quase que completamente ignorado em abordagens de promoção da saúde.

Ao verificarmos a mudança de comportamento referente à qualidade do sono, observamos que ela esteve presente apenas entre os integrantes do Grupo A entre o terceiro e o quinto contatos (20,7% tendo sido estatisticamente significativa).

Com relação ao estágio motivacional, observamos que os integrantes do Grupo A e os do Grupo B encontravam-se em estágios semelhantes e favoráveis à mudança de comportamento (preparação no Grupo A e preparação e ação com dificuldade no Grupo B), sendo que apenas os integrantes do Grupo A apresentaram evolução destes estágios a qual ocorreu entre o contato inicial e o terceiro contato. Este resultado nos induz a supor que, mais uma vez, o estágio motivacional não influenciou de modo definitivo na mudança de comportamento, provavelmente, porque há vários outros fatores envolvidos neste processo de mudança.

5.5 Motivadores

Os motivadores que os indivíduos identificam para a mudança do comportamento podem ajudar o indivíduo a permanecer fiel ao propósito da mudança do comportamento. Estes motivadores quando identificados e valorizados na intervenção podem, portanto, ser um ponto de apoio nos momentos mais ambivalentes do processo de mudança de comportamento.

Alguns dos motivadores presente neste estudo, são motivadores comuns encontrados na população para modificação do comportamento, como prevenção de doenças relacionado ao sedentarismo, adjuvante no controle da hipertensão arterial e do peso⁽⁵⁸⁾

Os motivos relacionados à saúde que motivaram os clientes do Grupo A deste estudo a pararem de fumar, a iniciar atividade física e a melhorarem a alimentação apresentaram **diminuição estatisticamente significativa** no momento do quinto contato telefônico em relação ao contato inicial. No Grupo B, houve uma discreta diminuição dos motivos relacionados a saúde apenas referentes à alimentação não equilibrada e, mesmo neste caso, não houve significância estatística nesta redução.

Os motivos referidos por eles foram os mesmos para os comportamentos distintos e relacionados a doenças que eles já apresentavam como a bronquite crônica, câncer de mama e pulmão, cansaço, insônia, desânimo, dor no peito, fadiga, hipertensão, tosse, problema no fígado, problema nas cordas vocais, problema na coluna, dor, obesidade e falta de ar.

Os motivos não relacionados à saúde que motivaram os clientes do Grupo A a pararem de fumar, iniciar atividade física e melhorarem a alimentação apresentaram diminuição entre o contato inicial e o quinto contato telefônico tendo sido **estatisticamente significativa** para o comportamento sedentário e alimentação não equilibrada. No Grupo B, apenas no comportamento referente ao sedentarismo houve discreto aumento na referência a motivadores não relacionados à saúde, embora não tenha sido estatisticamente significativo.

Os motivos referidos por eles foram medo de doenças relacionado ao tabagismo e sedentarismo, pedidos de familiares para abandonar o fumo, morte de conhecido devido a doenças relacionada ao tabagismo e adoecimento da mãe, nascimento do neto, melhora da qualidade de vida, envelhecimento, trabalho, ter que acompanhar a mãe na caminhada, pedido de um amigo, vaidade e apoio familiar.

As iniciativas que o indivíduo apresenta para o início ou manutenção do processo de mudança pode representar o quanto o indivíduo está envolvido no processo de mudança de hábitos.

Os motivadores e as iniciativas próprias referidos pelos clientes para mudança de comportamento são fatores que merecem atenção, pois quando trabalhadas no processo de mudança de comportamento, elas podem auxiliar o cliente a iniciar ou manter a modificação.

6. Conclusão

Após a avaliação da abordagem telefônica para promoção da saúde, foi possível formular as seguintes conclusões:

- a abordagem telefônica aplicada neste estudo, mostrou-se efetiva para a mudança de comportamento referente ao sedentarismo e qualidade do sono. A mudança de comportamento apresentado foi estatisticamente significativa.
- Houve discreta mudança de comportamento referente à cessação do tabagismo e alimentação não equilibrada.
- Os integrantes do Grupo A, obtiveram maior percentual de mudanças em relação ao Grupo B.
- Cinco contatos telefônicos foram mais apropriados para a mudança de comportamento comparado a três contatos.
- Os percentuais de mudança de comportamento obtida pela intervenção telefônica foi menor daquelas encontradas na literatura, que utilizam a intervenção presencial.
- Os motivadores relacionados à saúde diminuíram de forma estatisticamente significativa no Grupo A entre o pré e quinto contato para os comportamentos tabagismo, sedentarismo e alimentação não equilibrada.
- Os motivadores não relacionados à saúde diminuíram de forma estatisticamente significativa no Grupo A entre o pré e quinto contato para os comportamentos sedentarismo e alimentação não equilibrada.

Referências Bibliográficas

1. Buss PM. Uma Introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
2. Ministério da saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. 2002; Disponível em: http://www.saúde.gov.br/bvs/conf_tratados.html (29 nov. de 2003)
3. Maziero NE. Programas de escola de coluna e caminhada para mulheres sedentárias com lombalgia crônica. [dissertação] São Paulo (SP): FMUSP; 2004.
4. Ferreira Junior M. Semiologia em Promoção da saúde. In: Bensenor IJ, Atta JA, Martins MA. Semiologia Clínica. São Paulo: Editora Sarvier; 2002.
5. Ferreira Junior M. Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da Saúde dos Trabalhadores. São Paulo: Editora Roca Ltda., 2000. 357 p.
6. Martins MA. Como promover a saúde usando as evidências científicas. In: Livro-resumo do 1º Seminário Wecare de Promoção da Saúde. São Paulo: maio de 2003.
7. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (documento para discussão). Brasília; 2002.
8. Governo do estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenação dos Institutos de pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Divisão de doenças crônicas não transmissíveis. 2ª ed. Programa Alimentação saudável na prevenção de DCNT; 2002.
9. Matsudo VKR, Matsudo SMM, Andrade D, Araújo T, Andrade E, Oliveira LC, et al. Promoção da saúde mediante o aumento do nível de atividade física: a proposta do agita São Paulo. Revista Âmbito Medicina Esportiva. 2001: 5-15. Disponível em: www.agitasp.com.br/pesquisa2.asp (08 ago. 2005)

10. Car J, Sheikh A. Telephone consultations. *British Medical Journal*. 2003; 326: 966-9.
11. Oldham J. Telephone use in primary care. *British Medical Journal*. 2002; 325: 547.
12. Ministério da Ciência e Tecnologia. Cobertura telefônica no território nacional em 2003: telefonia fixa e móvel. Disponível em: www.mct.gov.br/temas/info/imprensa/noticias_4/telecom_4.htm (29 nov. 2003)
13. Jiwa M, Mathers N. Telephone consultations are routinely used. *British Medical Journal*. 2003; 327: 345.
14. Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Mullee M et al. Cost Analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2000; 320: 1053-57.
15. Zhu SH, Anderson CM, Tedeschi GJ. et Centralised telephone service for tobacco cessation one California experience. *Tabacco control*. 2000; 9: 48-55.
16. Platt S, Tannahill A, Watson J, Fraser E. Effectiveness of antismoking telephone helpline: follow up survey. *British Medical Journal*. 1997; 314: 1371.
17. Elley CR, Kerse N, Arrol B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2003; 326: 793.
18. Campos C, Márquez F, Lucchini C. El teléfono como apoyo a los padres en la crianza de sus hijos: una contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2002; 8 (2): 73-8.
19. Gregory ES, Ludman EJ, Tutty S, Operskaski B. Telephone psychotherapy and telephone care management for antidepressant treatment. *British Medical Journal*. 2004; 292.

20. Gesica Investigators. Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. *British Medical Journal*. 2005; 331: 425.
21. 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. Disponível em: www.aidscongress.net/article.php?_comunicacao=2002 (14 de fev. 2005).
22. Prochaska JO, DiClemente C. Stages of change in the modification of problem behaviors, 1992. In: M Hersen, M Eiser, W Miller (organizadores). *Progress in behavior modification*. Sycamore Press. pg. 184-214.
23. Hawton K. *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. Martins Fontes. São Paulo; 1997.
24. Mendonça LGT. *Promoção da Saúde: análise do processo de um grupo de reeducação alimentar em um hospital universitário [tese]*. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da USP; 2005.
25. Prochaska JO, Diclemente C. Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and practice*. 1982; 20: 161-73.
26. 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; 2004.
27. Oliveira MS, Laranjeira R, Araújo RB, Camilo RL, Schneider DD. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e crítica*. 2003, 16 (2): 265-70.
28. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clarck DM. Desenvolvimento e princípios das abordagens cognitivos-comportamentais. In: Hawton

- K (organizador). Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático. Martins Fontes. São Paulo; 1997. cap 1. pg. 3-17.
- 29 Graeff FG. Bases Psicológicas. In Graeff FG, Guimarães FS. Fundamentos de psicofarmacologia. Atheneu, São Paulo, 1999. cap 3. pg. 43-53.
30. Crepaldi L. Comportamento – consumidor – produto: uma relação inseparável. XXIV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Campo Grande (MS); 2001.
31. Barbosa MLM. Utilizando o computador como ferramenta pedagógica para vencer a resistência do professor: o caso da 38ª superintendência regional de ensino de UBA MG. [dissertação] Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
32. Dattilio FM, Freeman A. Introdução à terapia cognitiva. In: Dattilio FM, Freeman A (organizadores). Traduzido por Lopes M, Carbajal M. Compreendendo a teoria cognitiva. Nova York, 1992.
33. Vonesh EF, Schork MA. Sample size in the multivariate analysis of repeated measurements. *Biometrics*. 1998; 42: 601-10.
34. Kirk J. Avaliação cognitivo-comportamental. In: Hawton K (organizador). Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático. Martins Fontes. São Paulo; 1997. cap. 2. pg. 19-73.
35. Siegel S. Estatística não-paramétrica. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1975.
36. Achutti A. Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vitro Comunicação & Editora; 2001.
37. Coutinho AP, Ribeiro AB, Neuman AICP, Pluciennik AJG, Marcopito LF, Moraes MA et al . Pesquisa: fatores de risco para doenças crônicas. Relatório de pesquisa da Divisão de Doenças Crônicas não-transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica da

Secretaria do Estado de Saúde do município de São Paulo. São Paulo: s/d.

38. Issa JS, Forti N, Giannini SD, Diament J. Intervenção sobre tabagismo realizada por cardiologista em rotina ambulatorial. *Arq Bras Cardiol.* 1998; 70 (4): 271-4.
39. Otero UB, Perez CA, Szklo M, Esteves GA, Pinho MM, Szklo AS, Turci SRB. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos da 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.
40. Haggström FM, Chatkin JM, Cavalet-Blanco D, Rodin V, Fritsher CC. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. *J. Pneumologia.* 2001; 27 (5): 255-61.
41. Presman S, Carneiro E, Gigliotti A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Rev Psiquiatr clín.* 2005; 32 (5): 267-75
42. Duran ELR, Machado MCU, Granja TM. Custo-efetividade das intervenções do tabagismo: revisão bibliográfica. [monografia] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 2006.
43. Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control.* 2000; 9 (2): 148-54.
44. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ajudando seu paciente a parar de fumar. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 1997.
45. Halty LS, Hüttner MD, Oliveira Netto IC, Santos VA, Martins G. Análise da utilização do questionário de tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida de dependência nicotínica. *J Pneumol.* 2002; 28 (4): 180-6.

46. Chaves EC, Mendonça LGT. Uso e dependência do tabaco. In: Benseñor IM, Lotufo PA. Epidemiologia: abordagem prática. São Paulo: Sarvier; 2005.
47. Fechio JJ, Malerbi FEK. Adesão a um programa de atividade física em adultos portadores de diabetes. Arq Bras Endocrinol Metab. 2004. 48 (2): 267-75.
48. Pereira JRP, Okuma SS. A continuidade e a modificação do hábito da prática de atividade física entre os participantes do PAAF/99. In: XXIV Simpósio Internacional de Ciências do Esporte: vida ativa para o novo milênio. São Paulo (SP): 11 a 13 de out. de 2001. pg. 97.
49. Ferreira M, Matsudo S, Matsudo V, Braggion G. Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre o nível de atividade física de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade. Rev Bras Med Esporte. 2005; 11 (3): 172-6.
50. Castro CM, King AC. Telephone-assisted counseling for physical activity. Exercise and Sport Sciences Reviews. 2002; 30 (2): 64-8.
51. Cervato AM, Derntl AM, Latorre MRDO, Marucci MFN. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. Rev Nutr. 2005; 18 (1): 41-52.
52. Monteiro RCA, Riether PTA, Burini RC. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. Rev Nutr. 2004; 17 (4): 479-89.
53. Sartorelli DS, Franco LJ, Cardoso MA. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão bibliográfica. Cad Saúde Pública. 2006; 22 (1): 7-18.
54. Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. Rev Nutr. 1999; 12 (1): 33-41.

55. Reimão R. O que você deve saber sobre distúrbios do sono. Associação Paulista de Medicina. São Paulo: Editora Saúde & Alegria; s/d.
56. Mello MT, Esteves AM, Comparoni A, Benedito-Silva AA, Tufik S. Avaliação do padrão e das queixas relativas ao sono, cronotipo e adaptação ao fuso horário dos atletas brasileiros participantes da Paraolimpíada em Sidney – 2000. Rev Bras Med Esporte. 2002; 8 (3): 70-6.
57. Souza CL, Aldrighi JM, Lorenzi Filho G. Qualidade do sono em mulheres paulistanas no climatério. Rev Assoc Med Bras. 2005; 51 (3): 170-6.
58. Natale VM. Orientações sobre prática de atividade física. In: Bensenõr IM, Lotufo PA. Epidemiologia: abordagem prática. São Paulo: Sarvier; 2005.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a):

Como aluna de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, eu Sílvia Maria Ribeiro Oyama, estou desenvolvendo um trabalho de pesquisa, sob orientação da Professora Dr.Cilene Aparecida Costardi, enfermeira, titular e docente desta escola.

Este trabalho tem a finalidade de analisar o impacto do aconselhamento telefônico na abordagem de promoção da saúde.

Para isso venho pedir a sua autorização para incluí-lo no grupo de estudo, solicitando que preencha três questionários e que receba ligações telefônicas a cada dois meses durante o período máximo de 10 meses, totalizando cinco contatos telefônicos, cuja finalidade é o aconselhamento em saúde e no terceiro e quinto contatos haverá também a atualização destes questionários pelo telefone. Para assegurar maior proteção para ambos os lados, as ligações telefônicas serão gravadas na íntegra. Caso haja eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa, haverá a disponibilidade de assistência no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

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: 9986-0243, e-mail: silviaoyama@yahoo.com.br

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

Assinatura

_____/_____/____

Data

Anexo 2

21/10/04



APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 13.10.04, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **840/04**, intitulado: "Análise do impacto do "aconselhamento telefônico" na abordagem de promoção da saúde" apresentado pelo Departamento de **CLÍNICA MÉDICA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador(a) Responsável: **Prof. Dr. Mário Ferreira Junior**

Pesquisador(a) Executante: **Sra. Silvia Maria Ribeiro Oyama**

CAPPesq, 13 de Outubro de 2004.

A Emeqúeias
21 / 10 / 2004
Doed
.....
ELIANA COSTA PONTE
Secretária do Departamento de Clínica
Médica da FMUSP

Euclides Ayres de Castilho
PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

Anexo 3

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Orientações

Este questionário contém as informações que serão analisadas e consideradas em tese de mestrado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

O questionário está estruturado da seguinte maneira:

I - Dados de identificação do sujeito da pesquisa, conforme exigência de metodologia científica.

II - Indicadores de saúde

A - Tabagismo

B - Atividade física

C - Alimentação e controle de peso

D - Sono

III - Avaliação de Qualidade de Vida

É fundamental que você preencha todos os campos, principalmente os dados de identificação, caso seja necessário entrar em contato com você, no decorrer da pesquisa. Se você tiver qualquer dúvida ou dificuldade, converse com a pesquisadora, Enf. Silvia Oyama **Saiba que todas as informações aqui contidas serão tratadas com o mais absoluto sigilo.**

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 ginásial ou primeiro grau)Estado civil: Solteiro Divorciado/separado Casado OutrosEstrutura 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: Setor:

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):

.....

.....

.....

.....

II - INDICADORES DE SAÚDE

A - TABAGISMO

- A-1.** Você:
- Nunca fumou
 - Já fumou, mas parou completamente (em que ano parou?)
 - É fumante e já tentou parar de fumar
(quantas vezes tentou parar?)
(fuma quantos cigarros por dia?)
 - É fumante e nunca tentou parar de fumar
(fuma quantos cigarros por dia?)

ATENÇÃO – As perguntas a seguir (A-2 até A-13) são destinadas aos fumantes ou às pessoas que pararam de fumar no último ano. Caso você não esteja nestas categorias, passe diretamente para as perguntas do bloco B, NA PÁGINA 5.

A-2. No último ano, você recebeu alguma orientação dada por algum profissional da saúde para deixar de fumar?

- Sim Não

De quem?.....

A-3. No último ano, você reduziu o número de cigarros que fuma por dia?

- Sim Não

A-4. No último ano, você teve alguma iniciativa por conta própria para deixar de fumar (por exemplo, kit de piteiras, grupos de auto-ajuda, chicletes, etc)?

- Sim Não

A-5. No último ano, você tentou parar de fumar?

- Sim Quantas vezes? Não

A-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

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

- Sim Qual? Não

A-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 | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Apoio médico | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Apoio de outro profissional de saúde | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Informação disponível na mídia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Mudanças gerais no seu contexto de vida | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Força de vontade própria | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Outros (especificar):

A-9. No último ano, você parou de fumar?

- Sim Não

A-10. No último ano, foi necessário usar medicamentos de apoio para deixar de fumar?

- Sim Não

Qual foi o medicamento usado?

- Anti depressivo Adesivos de nicotina Ambos Outros

(Quais?.....)

A-11. Dos fatores relacionados abaixo, qual ou quais você considera ter (em) sido decisivo (s) para você parar de fumar?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Apoio de familiares e amigos | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Apoio médico | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Apoio de outro profissional de saúde | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Informação disponível na mídia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Mudanças gerais no seu contexto de vida | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Força de vontade própria | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Outros (especificar): | | |

A-12. Teste de Fagerström

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
 - Dentro de 5 minutos
 - Entre 6 e 30 minutos
 - Entre 31 e 60 minutos
 - Após 60 minutos
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?
 - Sim
 - Não
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
 - O primeiro da manhã
 - Outros
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
 - Menos de 10
 - De 11 a 20
 - De 21 a 30
 - Mais de 31
5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?
 - Sim
 - Não
6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
 - Sim
 - Não

Resultado:

A-13. Em relação a parar de fumar, você diria que a frase que melhor expressa o momento em que você se encontra é:

- "Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida".
- "Estou pensando em realizar alterações, mas ainda não estou muito certo disto".
- "Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las".
- "Já estou realizando alterações importantes, mas tenho enfrentado dificuldades."
- "Já estou realizando alterações importantes e com sucesso".

ATENÇÃO – As perguntas a seguir são destinadas a todas as pessoas Para respondê-las, considerar como atividade física: correr, fazer ginástica, jogar futebol, pedalar bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos, carregar peso, jogar vôlei ou atividades similares.

B - ATIVIDADE FÍSICA

B-1. No último ano, você praticou atividade física regularmente?

- Sim Não

B-2. Somando os tempos dedicados às atividades descritas no quadro (considerar pelo menos 10 minutos de atividade contínua), a sua prática de atividade física atinge o total de 120 (cento e vinte) minutos por semana?

- Sim Não

B-3. Se sim, qual (is) a(s) atividade(s) que você pratica com mais frequência?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caminhadas | <input type="checkbox"/> Corridas |
| <input type="checkbox"/> Natação/hidroginástica | <input type="checkbox"/> Andar de bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Esportes coletivos (futebol, vôlei, etc) | <input type="checkbox"/> Atividades domésticas |
| <input type="checkbox"/> Esportes individuais (tênis, etc) | <input type="checkbox"/> Academia |
| <input type="checkbox"/> Outros (especificar): | |

B-4. Se não, no último ano você tentou praticar alguma atividade física regularmente?

- Sim Quantas vezes tentou? Não

B-5. Se não, quais os fatores decisivos para que você não pratique atividade física regularmente?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Falta de tempo | <input type="checkbox"/> Falta de dinheiro |
| <input type="checkbox"/> Problemas de saúde | <input type="checkbox"/> Família |
| <input type="checkbox"/> Incompatibilidade de horário | <input type="checkbox"/> Desmotivação |
| <input type="checkbox"/> Outros (especificar): | |

B-6. No último ano, você recebeu alguma orientação dada por algum profissional da saúde para praticar atividade física?

- Sim Não

De quem?.....

B-7. No último ano, você teve alguma iniciativa por conta própria para praticar atividade física regularmente (por exemplo, procurar academia, frequentar grupos de caminhadas, etc)?

- Sim Não

B-8. No último ano, você teve algum motivo maior, exceto problema de saúde, que o tenha obrigado a iniciar ou reiniciar ou aumentar sua atividade física regular (por exemplo, pedido de uma pessoa da família ou amigo, morte na família ou de conhecido por doença relacionada ao sedentarismo, casamento ou novo relacionamento, etc)?

- Sim Qual? Não

B-9. No último ano, você teve algum problema de saúde que o tenha obrigado a iniciar ou reiniciar ou aumentar sua atividade física regular?

- Sim Qual? Não

B-10. Dos fatores relacionados abaixo, qual ou quais você considera ter (em) sido decisivo (s) para você iniciar ou reiniciar ou aumentar sua atividade física regular?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Apoio de familiares e amigos | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Apoio médico | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Apoio de outro profissional de saúde | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Informação disponível na mídia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Mudanças gerais no seu contexto de vida | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Força de vontade própria | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Outros (especificar): | | |

B-11. Em relação a praticar atividade física regular, você diria que a frase que melhor expressa o momento em que você se encontra é:

- "Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida."
- "Estou pensando em realizar alterações mas ainda não estou muito certo disto."
- "Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las."
- "Já estou realizando alterações importantes mas tenho enfrentado dificuldades."
- "Já estou realizando alterações importantes e com sucesso."

C - ALIMENTAÇÃO E CONTROLE DE PESO

(Dados medidos pela enfermagem – vá direto para a pergunta C-1)

Altura	C. A.	
Peso	Cintura	Quadril

C-1. Qual seu peso habitual? quilos e gramas

C-2. Neste último ano, em relação aos anos anteriores, você considera a sua alimentação:

Mais saudável Menos saudável Igual

Porque?.....

C-3. No último ano, você recebeu alguma orientação dada por algum profissional da saúde para melhorar a sua alimentação?

Sim Não

De quem?.....

C-4. No último ano, você teve alguma iniciativa por conta própria para melhorar sua alimentação e manter um peso adequado (por exemplo, iniciou dieta por conta própria, começou a utilizar produtos lights, reduziu a quantidade de alimentos ingeridos, etc)?

Sim Não

C-5. No último ano você teve algum motivo maior, exceto problema de saúde, que o obrigou/motivou a mudar a sua alimentação ou reduzir seu peso (por exemplo, pedido de uma pessoa da família ou amigo, morte na família ou de conhecido por doença relacionada a obesidade, casamento ou novo relacionamento, etc)?

Sim Qual? Não

C-6. No último ano você teve algum problema de saúde, que o obrigou/motivou a mudar a sua alimentação ou reduzir seu peso?

Sim Qual? Não

C-7. No último ano, você precisou de apoio medicamentoso para manter um peso adequado?

Sim Qual? Não

C-8. Dos fatores relacionados abaixo, qual ou quais você considera ter (em) sido decisivo (s) para você mudar a sua alimentação ou reduzir seu peso?

Apoio de familiares e amigos Sim Não

Apoio médico Sim Não

Apoio de outro profissional de saúde Sim Não

Informação disponível na mídia Sim Não

Mudanças gerais no seu contexto de vida Sim Não

Força de vontade própria Sim Não

Outros (especificar):

C-9. Em relação a mudar a sua alimentação ou controlar seu peso, você diria que a frase que melhor expressa o momento em que você se encontra é:

"Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida."

"Estou pensando em realizar alterações mas ainda não estou muito certo disto."

"Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las."

"Já estou realizando alterações importantes mas tenho enfrentado dificuldades."

"Já estou realizando alterações importantes e com sucesso."

D- SONO

D-1. Considerando o seu bem-estar, quantas horas você acha que deveria dormir em uma noite normal?

.....

D-2. Quantas horas de fato você dorme em uma noite normal?

.....

D-3. Você acorda durante a noite?

Sim Não

D-4. Você tem dificuldade de começar a dormir?

Sim Não

D-5. Você já acorda cansado?

Sim Não

D-6. Você tem problema de excesso de sono ou insônia?

Sim Não

D-7. No último ano, você recebeu alguma orientação dada por algum profissional da saúde para melhorar o seu sono?

Sim Não

De quem?

D-8. Utiliza medicamentos para dormir?

Sim Não

D-9. Trabalha em turno noturno?

Sim Não

D-10. Apresenta ronco ou parada respiratória durante o sono?

Sim Não

D-11. Em relação a mudar o seu padrão de sono, você diria que a frase que melhor expressa o momento em que você se encontra é:

- "Não penso em fazer qualquer alteração na minha vida."
 - "Estou pensando em realizar alterações mas ainda não estou muito certo disto."
 - "Estou decidido a fazer alterações e só estou pensando como realizá-las."
 - "Já estou realizando alterações importantes mas tenho enfrentado dificuldades."
 - "Já estou realizando alterações importantes e com sucesso."
-

CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
HCFMUSP

		Ano	2001	2002	2003							
		Idade	52	52	53							
		Data	11.10	11.2								
RASTREAMENTO		Cons.	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a
IMC = P/A ²	periódico	Result.	32,4	29,5	P							
Circunf. Abdominal	periódico	Result.	90	85	P							
Pressão arterial	cada 1-2a	Result.	150x95	130x85	P							
Teste de Snellen	>= 65a periódico	Result.										
Alcoolismo (quest.)	periódico	Result.	N									
Colesterol T H >=35a M >=45a cada 5a		Result.	210		P							
HDL/LDL-C H >=35a M >=45a cada 5a		Result.	39/160									
Glicemia de jejum	>= 45a cada 5a	Result.	98									
Sangue oculto fezes	>= 50a anual	Result.	Neg.		P							
Mamografia	M 50-69a cada 1-2a	Result.	N		P							
Papanicolaou	M <= 65a cada 1-3a	Result.	G 1									
Densitometria Óssea	M >= 65a	Result.										
		Result.										
		Result.										
		Result.										
		Result.										
		Result.										
		Result.										
		Result.										
PROFILAXIA PRESCRITA												
Vac. Tétano/Difteria		Situaç.	N									
Vac. Sarampo/Caxumba/Rubéola		Situaç.										
Vac. Hepatite B		Situaç.										
Vac. Influenza		Situaç.	R									
Vac. Pneumocócica		Situaç.	N									
Med. Aspirina		Situaç.										
		Situaç.										
		Situaç.										
ACONSELHAMENTO DADO												
Higiene bucal (B)	Exposição UV (UV)											
Nutrição (N)	Atividade física (F)	Tipo	N									
Tabagismo (T)	Álcool (Al)											
Acidentes (A)	Drogas (D)	Tipo	F									
Comp. sexual (S)	Violência (V)											
		Tipo	U, B									
		Tipo										

CÓDIGOS: N = Normal A = Alterado R = Recusado F = Feito fora P = Pedido/Programado

Anexo 5

Tabagismo.

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

Todo o aconselhamento foi baseado na experiência dos grupos de cessação do tabagismo do Centro de Promoção da Saúde da FMUSP e nos materiais de apoio fornecido pelo Instituto Nacional do Câncer INCA.

A) Para os clientes que se encontravam na fase pré-contemplativa, ou seja, não consideravam a possibilidade de mudança, foram fornecidas algumas informações sobre os malefícios do cigarro e benefícios da cessação, tais como:

- Fumar duplica o risco de doença cardíaca,
- Aumenta em seis vezes o risco de enfisema pulmonar,
- Aumenta em 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,
- Adquire a sensação de bem-estar e aumento da auto estima,
- Proporciona a economia de dinheiro.

B) Para os clientes que se encontravam na fase contemplativa de mudança de comportamento, e que admitiram, que o tabagismo era um problema, planejando a mudança de comportamento, foram analisadas as barreiras que o dificultavam a parar de fumar. Fizeram-se avaliações cognitivas e afetivas sobre a auto-imagem do cliente fumando ou não,

considerando-se os motivos que o levavam a fumar, também foram reforçados alguns malefícios do tabagismo e alguns benefícios da cessação, já citados no caso acima.

C) Para os clientes que se encontravam na fase de preparação, e que preparavam o que era necessário para o início da cessação do tabagismo, foram esclarecidas as dúvidas sugeridas. Foi discutida e negociada uma data de parada para os próximos 30 dias e novamente foram reforçados os benefícios.

D) Para os clientes que se encontravam na fase de ação de mudança de comportamento, cujo cliente estava em período em que foram tomadas as medidas necessárias para uma efetiva mudança, o cigarro foi abandonado e houve uma preocupação em mudar as condições ambientais que afetavam a condição do cliente.

Nesta fase foi importante que o cliente identificasse as situações de alto risco e a forma mais adequada de enfrentá-las. Foi aconselhado:

- 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 dêem prazer sem seu cigarro,

- Adiar - espere um pouco ao sentir fissura, pois esta sensação, não dura mais que 5 minutos.

- Identificar dentre 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 de evitá-los ou, no mínimo, modificá-los.

- Evite café, mas 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 de 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 ao amigo que 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 pense nos benefícios proporcionados à saúde por estar sem fumar. Imagine também as doenças ou os pulmões enegrecidos, gerados pelo ato de fumar, isso ajuda a bloquear o desejo por cigarros.

- Saber reconhecer os sintomas da falta de nicotina (nervosismo, agitação, perda de concentração e memória, dor de cabeça) e lembrar-se

que eles duram somente algumas semanas. Outros sintomas, como tosse, falta de ar, cansaço, podem demorar a desaparecer, mas tendem a melhorar progressivamente

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, pense 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.

E) Para os clientes que se encontravam na fase de manutenção, e que tentavam manter os ganhos obtidos no estágio da ação, foi trabalhada a prevenção da recaída, também foram reforçados os benefícios da cessação.

Atividade física.

As recomendações feitas referentes à atividade física foram embasadas no programa Agita São Paulo, e na experiência dos grupos de atividade física do Centro de Promoção da Saúde – HCFMUSP.

Após identificação do estágio de motivação para a mudança de comportamento, o cliente foi aconselhado a iniciar a atividade física.

A) Para os clientes que se encontravam na fase pré-contemplativa, ou seja, não consideravam a possibilidade de mudança comportamental, foram fornecidas algumas informações sobre o que é atividade física e os benefícios dessa prática.

A atividade física é qualquer movimento que nosso corpo faz e gasta energia. Todo movimento que fazemos de modo contínuo é um tipo de atividade física.

O nível de atividade física aceitável varia de 120 a 210 minutos por semana, sendo o ideal, acima de duzentos e dez minutos semanais. Essa atividade física, incorporada à rotina diária (visando a prática de promoção da saúde), é recomendada para prevenir doenças do coração, obesidade, hipertensão, diabetes, câncer. Melhora resistência física, a densidade óssea, a força muscular, a auto-estima e o bem-estar, além de diminuir a depressão, o isolamento social e o estresse

As pessoas sedentárias foram incentivadas a incorporar a atividade física regular, auto dirigida, leve ou moderada à vida diária (por exemplo. subir escadas, caminhar, varrer, cortar grama); a meta de curto prazo foi estabelecer um nível de atividade ligeiramente superior aos níveis de base.

B) Para os clientes que se encontravam na fase contemplativa de mudança de comportamento, e que admitiram que o sedentarismo era um problema e estavam planejando a mudança de comportamento, foram analisadas as barreiras que o dificultavam a sair do estado de sedentarismo. Foram feitas avaliações cognitivas e afetivas sobre sua auto imagem, com ou sem a prática de atividade física. Também foram reforçados os benefícios dessa prática, já citada no caso acima.

C) Para os clientes que se encontravam na fase de preparação, cujo cliente preparava o que era necessário para o início da atividade, foram esclarecidas as dúvidas sugeridas. Foi também discutida e negociada, uma data para o início das atividades físicas, para os próximos 30 dias, e novamente reforçados os benefícios.

D) Para os clientes que se encontravam na fase de ação de mudança de comportamento, e que estavam no período de tomada de medidas necessárias para uma efetiva mudança, a atividade física foi iniciada.

Se o cliente era uma pessoa sedentária, ele começou adotando hábitos no seu dia-a-dia que incluíam movimentação sem grande sobrecarga física, como por exemplo:

1. Andar mais, sempre que possível, substituindo o uso de veículos motorizados nos pequenos trajetos ou em percursos em que puder ser dispensável, aumentando assim, propositadamente, os deslocamentos a pé (Pegar ônibus ou metrô, fazer compras, buscar crianças na escola), incluir caminhadas de lazer ou nos fins de semana, diminuir o tempo sentado no trabalho, enfim introduzir mais movimentação dentro da sua rotina.

2. Subir e descer escadas, no trabalho ou na residência, ao invés de usar elevadores ou escadas rolantes, substituir o uso de telefone ou de outros meios de comunicação (em pequenas distâncias) pelo hábito de caminhar.

3. Executar tarefas domésticas que mesclam lazer com exercícios, como: cortar a grama do jardim, regar e podar plantas, varrer ou lavar o quintal, efetuar pequenos consertos e reparos em casa. Enfim realizar qualquer outro tipo de atividade que envolva movimentação de braços ou pernas.

4. Substituir uma parte do lazer sedentário como: ler, escrever, ouvir música, assistir TV, pintar telas, jogar no computador, navegar na Internet, por outras atividades que envolvam exercícios físicos, como: dançar, brincar com crianças, passear em praças ou parques, dentre outras.

Os exercícios acima, em geral, não acarretam maiores riscos, uma vez que são leves. A sua intenção principal é desencadear um processo de modificação do hábito sedentário, entretanto, estudos recentes demonstram que estas pequenas mudanças, se mantidas por tempo prolongado, por si só, já apresentam impacto positivo em termos de melhora da saúde,

semelhante ao que se pode alcançar, mais rapidamente, em sessões regulares de exercícios, em academias ou clubes.

Se o cliente já realizava estes tipos de atividades e queria adotar alguma prática física regular e moderada, com horários e duração determinados, estes estavam dentro de um programa de progressão lenta, com metas atingíveis e evitando os excessos.

A prática da atividade física regular deve ser no mínimo, quatro vezes por semana, com duração de trinta minutos, que não precisam ser contínuos, podendo ser fracionados em dois tempos de quinze minutos durante o dia. Esta divisão mantém os mesmos benefícios dos trinta minutos de atividade contínuos e é fator facilitador da adesão. A prática da atividade física também não precisa ser intensa como as executadas nas academia, pode ser moderada, como por exemplo, a caminhada, que é uma das atividades físicas mais simples e que não requer grandes investimentos, apenas tênis e roupas confortáveis. É só fazer aquilo que você faz, colocando mais energia, movimentando mais seu corpo.

No caso do cliente optar em fazer uma modalidade de esporte, foi aconselhado que ele escolhesse o esporte que mais gostasse, para que não perdesse a motivação. Caso a modalidade escolhida fosse de alta intensidade, foi aconselhado uma avaliação com o médico ou educador físico, para que fosse evitado qualquer tipo de prejuízo decorrente da prática esportiva.

Dicas para aumentar o prazer pela atividade física regular:

1. Escolher uma modalidade de exercício que seja agradável e afeita à personalidade, por exemplo, prática solitária (nadar, correr), ou coletiva (jogar vôlei, futebol).

2. Para os menos motivados, a companhia de familiares, amigos ou colegas pode ser um incentivo a mais.

3. Ler, ouvir música ou assistir TV enquanto se exercita em bicicleta ou esteira ergométrica é uma mescla interessante de atividades de lazer.

4. Alternar o tipo de exercícios (natação, ciclismo, caminhada, corrida etc.) ao longo da semana ou entre semanas, pode diminuir o tédio dos exercícios de rotina.

5. Fragmentar uma sessão mais longa, em outras curtas de, no mínimo, 15 minutos cada, pode facilitar a adesão, sem prejuízo dos efeitos para a saúde.

6. Participar, periodicamente, de competições ou torneios pode funcionar como fator motivador e garantir a continuidade.

E) Para os clientes que se encontravam na fase de manutenção, cujo cliente tentava manter os ganhos obtidos no estágio da ação e trabalhava para não voltar ao estágio de sedentário, foram reforçados os benefícios da prática esportiva.

Alimentação Saudável:

Os aconselhamentos referentes à alimentação foram embasados no novo modelo de pirâmide alimentar desenvolvido na Escola de Saúde Pública de Harvard (anexo 6) e nas recomendações realizadas nos grupos de reeducação alimentar do Centro de Promoção da Saúde da FMUSP.

A alimentação é fonte de energia, mas, ao mesmo tempo, de prazer. Por esta razão, deve-se levar em consideração, não somente, os tipos e quantidades de alimentos preferenciais, mas também as formas de preparo. Além de levar-se em conta o que e quanto comer, é importante escolher bem, onde se alimentar no dia-a-dia, como comprar os alimentos, como preparar as refeições e como distribuí-las ao longo do dia.

A) Para os clientes que se encontram na fase pré-contemplativa, ou seja, não consideravam a possibilidade de mudança na alimentação,

foram fornecidas algumas informações sobre os benefícios de uma alimentação saudável.

A prática da alimentação saudável deve ser seguida por todos os indivíduos, não apenas pelos obesos. A alimentação saudável traz ao organismo um equilíbrio para as suas funções, ajudando no controle do peso e na prevenção de algumas doenças como hipertensão arterial, hipercolesterolemia entre outras.

B) Para os clientes que se encontravam na fase contemplativa de mudança de comportamento, e que admitiram que a alimentação desequilibrada era um problema, planejando a mudança de comportamento, foram analisadas as barreiras que o dificultavam a fazer uma alimentação saudável. Foram feitas avaliações cognitivas e afetivas sobre a auto-imagem do cliente, com ou sem a prática de uma alimentação saudável e também foram reforçados os benefícios da alimentação saudável, já citados no caso acima.

C) Para os clientes que se encontravam na fase de preparação, em que preparavam o que era necessário para o início da atividade, foram esclarecidas as possíveis dúvidas, foi discutida e negociada uma data para o início da reeducação alimentar para os próximos 30 dias e novamente reforçados os benefícios.

D) Para os clientes que se encontravam na fase de ação de mudança de comportamento, e que estavam em período de tomada de medidas necessárias para uma efetiva mudança, a reeducação alimentar foi iniciada.

A alimentação equilibrada é aquela baseada, principalmente, nos seguintes princípios:

- Consumir cereais em grãos integrais, verduras, legumes e frutas, de forma abundante, por representar uma fonte importante de fibras, vitaminas e sais minerais que são importantes na regulação do organismo. Estes ajudam a manter a função intestinal normal e eliminar

nutrientes ingeridos em excesso, além de serem pouco calóricos e aumentarem a sensação de saciedade,

- Nozes, castanhas, amêndoas e peixes são ricos em gorduras poli-insaturadas e também em Ômega 3, outro tipo de gordura que protege o organismo contra doenças cardiovasculares.

As sementes oleaginosas são benéficas, por diminuírem o risco cardiovascular e levarem à diminuição dos níveis de colesterol, mas quando ingeridas em grande quantidade, também poderão levar ao ganho de peso. A estratégia deve ser, substituir os alimentos calóricos, que não são benéficos, pelas sementes oleaginosas, que embora benéficos devem ser consumidas em pequenas quantidades. Os peixes, principalmente os ricos em Ômega -3, como salmão, sardinha e atum, devem ser ingeridos duas ou mais vezes na semana, pois este hábito, leva à diminuição de problemas cardíacos. (Cavalcanti, 2004)

- Preferir o leite e iogurtes desnatados, assim como os queijos brancos, pois são fontes significativas de cálcio e de proteínas, além de possuírem um baixo teor de gorduras saturadas,

- Utilizar o azeite virgem de oliva, ou outros óleos vegetais, em sua apresentação fria, pois contribuem para o aumento do HDL (high density lipid) ou “colesterol bom” e, em geral, reduzem o LDL (low density lipid) ou “colesterol ruim”. Contudo, por se tratar de alimentos ricos em calorias, recomenda-se um consumo moderado.

Os óleos vegetais e sementes oleaginosas são benéficos, por diminuírem o risco cardiovascular e levarem à diminuição dos níveis de colesterol. No entanto, estes são muito calóricos. Simplesmente, adicionar azeite ou outro óleo à comida habitual poderá levar ao ganho de peso. (Cavalcanti, 2004)

- Preferir carnes brancas (peixes, frangos e frutos do mar), às carnes vermelhas. Caso a preferência seja a carne vermelha, escolha sempre as peças mais magras,

- Massas e pães de farinha refinada, arroz, batata, milho, são fontes de carboidratos que aumentam os teores de açúcar no sangue, a níveis semelhantes aos dos doces, chocolates, etc., assim ambos devem ser consumidos em pequena quantidade,

Por serem carboidratos de rápida absorção, esses alimentos levam a pouca saciedade e, conseqüentemente, ao ganho de peso. Além disso, a ingestão preferencial desse tipo de carboidrato, predispõe ao surgimento de diabetes, e em caso do diabetes pré existente, leva à piora. Conduz também ao aumento do colesterol e agrava o risco de doenças cardíacas. (Cavalcanti, 2004)

- Consumo mínimo ou eventual de gorduras animais em geral (banha, toucinho e manteiga), margarina, frituras e dos alimentos a base de açúcares (bolos, refrigerantes, doces, balas, etc.).

A gordura saturada e a gordura vegetal hidrogenada são alimentos prejudiciais, pois além de muito calóricas, aumentam muito o risco de doenças cardíacas. As frituras também devem ser evitadas, pois a quantidade de calorias do alimento, aumenta em até três vezes, após sua fritura. (Cavalcanti, 2004)

Certamente, existem situações peculiares que merecem ser respeitadas. É o caso, por exemplo, de mulheres grávidas, lactantes, bebês e crianças pequenas, adolescentes e idosos, além de doentes crônicos, cujas especificidades alimentares devem ser orientadas por especialistas, caso a caso.

Dicas para aumentar o prazer pela alimentação balanceada.

1. Adaptar as refeições equilibradas, aos hábitos cotidianos.
2. Tentar incluir a culinária, como atividade de lazer, ou de combate ao estresse.
3. Escolher dentre cada grupo de alimentos mais saudáveis, aqueles dos quais mais gosta.

4. Negociar alimentos e formas de cozimento mais adequados, com a pessoa que cozinha a dieta do dia-a-dia.
5. Aprender a desfrutar das vantagens dos restaurantes com mesas de alimentos variados (buffet ou os chamados restaurantes "por quilo").
6. Na hora de comprar os alimentos, habituar-se a: ler o conteúdo nutricional (Nutrition Facts) descrito na embalagem.
7. Planejar antes a compra de alimentos, evitando o excesso que causa o consumo abusivo ou o desperdício. Quando for ao supermercado, ir após as refeições, o que diminuirá o impulso por alimentos mais calóricos na hora da compra.
8. Comer lentamente, mastigando bem e desfrutando o prazer da refeição.
9. No caso de "auto-recompensas" ou comemorações, dar preferência a alimentos com menor teor de calorias, gordura ou açúcar (alimentos light).
10. No caso de bebida alcoólica, consumir lentamente e não ultrapassar o limite máximo aconselhável (1 ou 2 drinques) ao longo de toda a refeição.
11. Retirar de casa os alimentos que mais engordam. É muito difícil resistir à tentação, se este tipo de alimento tiver acesso muito fácil. Salgadinhos, chocolates, bolachas, sorvete e outras guloseimas são muito calóricos e fáceis de ingerir em grande quantidade.

E) Para os clientes que se encontravam na fase de manutenção, e que tentavam manter os ganhos obtidos com a alimentação saudável, foram reforçados os benefícios desse tipo de alimentação.

Higiene do Sono

O aconselhamento para dormir melhor, auxilia na prevenção de diversos distúrbios de sono, sendo útil ao indivíduo normal ou aqueles que tenham dificuldades pequenas em relação ao sono, visando aperfeiçoar a

forma de se dormir. Estas recomendações porém, não serão eficazes nas doenças graves.

Após identificação do estágio de motivação para a mudança de comportamento, o cliente foi aconselhado a aperfeiçoar a sua forma de dormir.

A) Para os clientes que se encontravam na fase pré-contemplativa, ou seja, não consideravam a possibilidade de mudança comportamental, foram fornecidas algumas informações sobre os possíveis benefícios de dormir melhor.

Dormindo o número de horas suficiente, que varia na população em geral varia entre 7 e 8 horas por noite, (podendo ser diferente para alguns grupos de pessoas), você se sentirá refeito e bem disposto no dia seguinte.

B) Para os clientes que se encontravam na fase contemplativa de mudança de comportamento, cujo cliente admitiu que o seu padrão de sono não é adequado, planejando a mudança de comportamento, foram analisadas as barreiras que o dificultavam a dormir melhor. Também foram reforçados os benefícios de um padrão de sono regular.

C) Para os clientes que se encontravam na fase de preparação, e que preparavam o que era necessário para modificar seu padrão de sono, foram esclarecidas as possíveis dúvidas. Foi também discutida e negociada uma data de mudança nos próximos 30 dias e novamente foram reforçados os benefícios.

D) Para os clientes que se encontravam na fase de ação de mudança de comportamento, e que estavam no período em que foram tomadas as medidas necessárias para uma efetiva mudança, o padrão de sono foi modificado.

Para uma melhor noite de sono foi aconselhado:

- Regularidade do sono: é fundamental para um sono saudável, que se mantenha o mesmo horário para dormir e para acordar todos os

dias. Não é necessário ser obsessivo, mas um horário relativamente estável de adormecer e de despertar, é necessário.

- Cada pessoa necessita de uma quantidade de sono para se sentir satisfeita. Portanto, você deve dormir uma quantidade de horas que seja suficiente para você acordar pela manhã descansado e manter-se assim durante o dia.

- A luminosidade do quarto deve ser branda ou inexistente, pois a luminosidade excessiva dificulta o adormecer e compromete a manutenção do sono durante a noite.

- O som deve ser o mínimo possível, pois o som excessivo prejudica o sono, além de interrompê-lo, podendo deixar a pessoa acordar com a sensação de cansaço ou de não ter tido um sono restaurador.

- A temperatura do quarto não deve ser extrema, isto é, acima de 30 graus ou abaixo de 15 graus, pois isto gera uma maior interrupção do sono e a sensação de não ter dormido bem e um sono não restaurador.

- Evitar estimulantes usados no cotidiano como café, chá, guaraná e coca-cola, que deixam as pessoas em estado de alerta. Ingeridos a noite essas substâncias deixam o sono mais leve, fazendo com que se desperte mais vezes.

- Evitar o uso de bebidas alcoólicas para induzir o sono. Além do risco de dependência e abuso, o álcool induz uma insônia rebote na segunda metade da noite, além de não ser um sono que descansa a pessoa. Se o paciente apresentar roncos ou paradas da respiração durante o sono (apnéia do sono), estes podem ser agravados com a ingestão do álcool.

- Ingerir alimentos leves e sem excessos, pode ajudar a dormir.

E) Para os clientes que se encontravam na fase de manutenção, em que tentavam manter os ganhos obtidos no estágio da ação, foi trabalhada a prevenção da recaída, reforçando os benefícios.

ANEXO 6

1. Identificação e negociação de horário

P: “Bom dia, aqui quem fala é a enfermeira Silvia que está realizando um estudo no CPS-HC. Eu falei com você no ambulatório do HC no dia em que você passou na consulta médica. Eu fiquei de te ligar para conversarmos sobre alguns temas de saúde relacionados a promoção da saúde, a Sra está lembrada?”

C: Sim lembro.

P: A Sra pode conversar agora?

C: Neste momento? Agora não posso, estou de saída.

P: Eu posso voltar a ligar em outro momento?

C: Sim, pode sim, quando você vai ligar?

P: Qual é o melhor horário e dia para a sra?

C: Pode ser amanhã às 10:00h.

P: Então eu retorno amanhã às 10:00h...”

2. Construção do contrato

P: “A gente vai conversar um pouco hoje, e a cada dois meses aproximadamente eu volto a ligar para continuar o acompanhamento, tudo bem? Se quando eu ligar você não puder falar, a gente marca outra data.

C: Sem problemas”...

3. Veiculação de informações

P: “ O ideal é que você consiga aos poucos trocar o consumo do leite integral pelo leite desnatado, pois o leite desnatado tem menos quantidade de gordura que o desnatado”

4. Identificação do estágio de motivação para mudança de comportamento

P: “Mas você pensa em parar de fumar, ou isso não te incomoda no momento?”

C:” Ah, eu penso sim, aliás eu penso muito em parar”

5. Identificação de barreiras

P: “O que você acha que tem dificultado na tentativa melhorar a alimentação?”

C: Bem, deixa eu pensar.... Acho que o mais difícil é o preço das coisas.

P: Só os preços, ou tem mais alguma coisa?

C: Acho que eu como muita “tranqueira” na rua.

P: E isso ocorre freqüentemente?

C: Acho que pelo menos umas 3 vezes durante a semana”...

6. Eleição das intervenções sobre as barreiras

C:” O problema é que as frutas e verduras são muito caras, e o dinheiro aqui é pouco. Você sabe, vivo de aposentadoria e tenho que pagar tudo com esse dinheiro.

P: Você já tentou ir à feira no horário da xepa? É no final da feira.

C: Não, nunca fui

P: Neste horário, as frutas e verduras são mais baratas. Os feirantes acabam vendendo mais quantidade por menos dinheiro. É lógico, que tem coisa boa e também muita coisa passada, mas sabendo escolher é uma boa forma de economizar

C: Eu não sabia, e aqui no bairro vizinho tem uma feira toda semana.

P: Uma outra opção são as receitas com talos de verduras, com as partes que normalmente a gente joga fora...

C: Ah, dessas receitas eu sei, já até fiz algumas.

P: Você acha que é possível tentar algumas destas sugestões?

C: Acho que sim, na próxima semana eu vou à feira no final como você disse, para ver como estão os preços”...

7. Escolha do comportamento a ser estudado

P: “Pelo o que a gente conversou, você acha melhor começar por qual parte: a alimentação desequilibrada, o sedentarismo ou o tabagismo?

C: Não sei, acho o tabagismo importante, mas prefiro tentar fazer a caminhada. Acho que é mais fácil, depois a gente tenta o tabagismo.

P: Tudo bem...”

8. Orientação para elaboração do diário de atividades

P: “Toda vez que você for fumar, você anotar a hora, o que você estava fazendo antes de fumar, quantos cigarros você fumou e o que você fez após fumar. Você acha que é possível anotar isso?

C: Acho que sim. Quantos dias eu vou fazer isso?

P: Pelo menos uns dois dias, e se você quiser fazer por mais dias, será excelente.

9. Esclarecimento de dúvidas

C: “Eu posso mudar o leite integral pelo semi desnatado, ao invés de mudar pelo desnatado, pois o desnatado eu não gosto, parece água”.

P: Pode sim, o leite semi desnatado já é melhor que o integral,”...

10. Resumo final

P: “Bem, deixe-me resumir o que nós conversamos hoje. Nós falamos sobre a importância de uma alimentação saudável, sobre a prática de atividade física e sobre o sono. Nós discutimos o que a dificulta ao tentar melhorar a alimentação. Conversamos sobre as suas dúvidas e combinamos o que você será feito de tarefa para o nosso próximo contato. Eu gostaria de saber se isso faz sentido para você e se você entendeu o porquê da tarefa...”

A partir do segundo contato:

11. Ponte com o contato anterior.

P: “Eu gostaria que nós fizéssemos uma ligação do conteúdo sobre o que nós conversamos no último contato com o que iremos conversar hoje. Pretendo fazer isso em todas as ligações. Tudo bem para você?”

C: Sim, tudo bem.

P: O que você aprendeu com o nosso último contato e o que fez sentido para você?

C: Acho que aprendi mais sobre a alimentação, e mudar devagar as coisas que eu como. Para manter essa mudança é algo mais simples do que eu imaginei, pois eu achava que tinha que mudar tudo de uma vez só...”

12. Atualização retrospectiva

P: Em relação a sua alimentação, você conseguiu mudar alguma coisa?

C: Um pouquinho, mudei uma coisa só, mas estou mantendo. Eu parei de tomar refrigerante no almoço e na janta, agora estou tomando suco, dando preferência ao de laranja e sem açúcar

P: Ótimo, não tem problema que você não mudou outras coisas, pois esta já é uma boa substituição, e melhor ainda é que você está conseguindo manter esta modificação...”

13. Revisão tarefa de casa

P: “Você fez o diário de anotações?”

C: Sim, fiz, espera um pouquinho que eu vou pegar... Está aqui, o que você quer eu te fale, tudo?

P: Sim, você pode começar pelo horário, depois me fale o que você estava fazendo. Quantos cigarros você fumou e o que você fez depois de fumar? Eu vou anotar aqui nas minhas coisas, tudo bem?

C: Hum, hum. O primeiro cigarro foi as 7:30h. Eu estava arrumando o café da manhã, e fumei um cigarro. Depois eu tomei o café. Às 08:10h quando eu estava no ponto esperando o ônibus passar, fumei outro cigarro e continuei esperando o ônibus....”

14. Identificação e conscientização de contingências eliciadoras

P: “Pelo que você acabou de me passar, você tomou vários cafezinhos durante o seu dia e sempre fumou durante esses cafezinhos, certo?”

C: É, eu sei que eu tomo muito café e fumo junto, mas não sabia que era tanto assim.

P: Deixa-me contar quantos cafezinhos e cigarros foram.....Pelo que você me falou foram 14 cafezinhos seguidos de cigarros,e a maior parte foi no período da tarde.

C: A tarde é quando eu estou um pouco mais folgada no serviço.

P: Você acha muito difícil tentar reduzir a quantidade de café por dia Talvez trocar o café por outro tipo de bebida, um chá, um suco

C: Bem o problema é que no trabalho só tem café, mas eu posso tentar levar aqueles saquinhos de chá e fazer lá...”

15. Reforço de atitudes e comportamentos funcionais

P: “Então você conseguiu começar a caminhada?”

C: Sim, apesar de ser tão pouco, eu comecei

P: Mas está ótimo, o importante é que você saiu do estado de sedentarismo e conseguiu começar esta nova ação. Parabéns, e não se preocupe, aos poucos você vai aumentando...”