



Aconselhamento telefônico reativo para cessação do consumo do tabaco: relato de caso

**Cláudia Galvão Mazoni
Nadia Krubskaya Bisch
Luana Freese
Maristela Ferigolo
Helena Barros**

Resumo. Este estudo teve por objetivo descrever o modelo de aconselhamento telefônico reativo para tabagistas, utilizado pelo VIVAVOZ. Discute-se a importância do aconselhamento telefônico reativo no processo de cessação do consumo de tabaco. O estudo baseia-se em relato de caso de uma tabagista que procurou o VIVAVOZ – Serviço Nacional de Informações e Orientações sobre Drogas – para auxiliá-la na mudança de seu comportamento dependente. Os instrumentos aplicados na avaliação incluíram o Questionário de Tolerância de Fagerström, História Tabagística, Avaliação do Consumo e as escalas URICA e Ladder. O modelo apresentado demonstrou resultados positivos, neste caso específico, no processo de motivação para cessação do consumo de tabaco, aumentando o período de abstinência e as tentativas de parada.

Palavras-chave: aconselhamento telefônico, cessação tabagismo, intervenção breve motivacional.

Reactive telephone counseling for cessation of the consumption of the tobacco: case study

Abstract. This study had as its objective to describe a model reactive telephone counseling for smokers who want to quit smoking utilizing the services of VIVAVOZ – The National Services of Information and Orientation on Prevention of Drug Abuse. Reactive telephone counseling is based on the case study of a smoker in the process of quitting cessation, who sought VIVAVOZ about drug use to help in changing drug dependency. It considers the importance of reactive telephone counseling for smoking cessation. The instruments applied in the assessment included The Fagerström Tolerance Questionnaire, smoking-history questionnaire, University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), the Contemplation Ladder Scale. The presented model demonstrated positive results, in this specific case, increasing motivation to cease smoking, the period of abstinence and attempts to cease.

Key words: telephone counseling, smoking cessation, brief motivational interview.

Introdução

O consumo de tabaco geralmente ocorre precocemente. Quanto mais cedo o seu início, maior será as consequências da dependência e dos problemas associados. Além disso, uma significativa porcentagem

de fumantes que tentam parar recaem em poucos dias e uma minoria fazem novas tentativas. Vários fatores interferem para que os fumantes busquem tratamento, entre eles pode-se salientar a falta de serviços especializados (Marques & colaboradores, 2001).

Linhas telefônicas, como meio de aconselhamento breve para parar de fumar, vêm despertando crescente interesse em programas de controle do tabagismo. As intervenções telefônicas têm sido utilizadas como estratégia de prevenção da recaída para aqueles que realizaram algum tipo de intervenção para parar de fumar, para otimizar o aconselhamento oferecido por profissionais de saúde (Wakefield & Borland, 2000), e também como uma modalidade de tratamento (Lichtenstein, Glasgow, Lando, Ossip-Klein & Boles, 1996).

A técnica apresenta vantagens, entre elas salienta-se o fato do cliente obter um serviço na sua própria residência. Indivíduos com limitações físicas ou que moram em regiões onde não há acesso a tratamento, ou que são relutantes em participar de intervenções face-a-face, muitas vezes decorrente da falta de tempo ou dificuldade financeira, são beneficiados com esta modalidade (Pressman, Carneiro & Gigliotti, 2005; Zhu, Tedeschi, Anderson & Pirce, 1996).

Os telefonemas podem ser usados para oferecer aconselhamento e ajuda aos fumantes que desejam parar com intervenção mínima não presencial (Wakefield & Borland, 2000).

Há duas modalidades de aconselhamento telefônico: proativo e reativo. No aconselhamento telefônico proativo, a ligação telefônica inicial é realizada pelo serviço para o fumante. Ensaaios clínicos randomizados em linhas telefônicas proativas demonstram resultados positivos nas taxas de abandono do cigarro. Borland, Segan, Livingston e Owen (2001) verificaram que ligações proativas resultaram em uma taxa de abstinência ao tabaco de 22% em 12 meses. No entanto, Zhu e cols. (2002) no mesmo tempo de seguimento obtiveram uma taxa de abstinência de 9,1%.

A segunda modalidade, o aconselhamento reativo, caracteriza-se por receber a chamada inicial do fumante. Tabagistas telefonam para um serviço à procura de informação, aconselhamento e materiais de auto-ajuda a fim de facilitar o processo de cessação do tabagismo (Ossip-Klein e colaboradores, 1991; Platt, Tannahill, Watson

& Fraser, 1997; Owen, 2000; Zhu, Anderson, Johnson, Tedeschi & Roeseler, 2000). O aconselhamento e os materiais de auto-ajuda podem ser disponibilizados aos fumantes conforme seu estágio de prontidão para mudança (Zhu & colaboradores, 2000). Estudos de seguimento em linhas telefônicas reativas realizados nos Estados Unidos e na Europa demonstram resultados animadores nas taxas de cessação do cigarro, por exemplo: após 12 meses de seguimento, Helgason e colaboradores (2004) obtiveram taxas de cessão de 28% em homens e 27% em mulheres; Miller, Wakefield e Roberts (2003) verificaram taxas semelhantes, 29% para ambos os sexos.

Ambas as formas de aconselhamento, reativo e proativo, podem ser úteis para oferecer suporte a tabagistas. Essas considerações têm conduzido profissionais a pensar no aconselhamento telefônico reativo como um método alternativo para dar assistência personalizada aos fumantes (Lichtenstein & colaboradores, 1996). No entanto, pesquisa científica bem delineada sobre aconselhamento reativo ainda é escassa no mundo e inexistente no Brasil.

O VIVAVOZ – Serviço Nacional de Informações e Orientações sobre Drogas implementou no dia 21 de junho de 2005 um serviço telefônico anônimo e gratuito com objetivo de disponibilizar aconselhamento telefônico reativo, para a prevenção primária, secundária e terciária do uso de drogas para população em geral. Além disso, deu início a um projeto inédito para tabagistas.

O presente trabalho propõe-se a descrever o modelo de aconselhamento telefônico reativo para tabagistas utilizado pelo VIVAVOZ através de um relato de caso, como também discutir a importância do aconselhamento telefônico no processo de mudança de hábitos, tal como o de fumar.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo observacional, baseado na metodologia de estudo de caso individual. A pesquisa qualitativa não pre-

tende a generalização dos dados, mas a análise abrangente em profundidade (Goldim, 2000).

Participantes

Será descrito o caso de uma tabagista a qual apresentou um diferencial entre os clientes atendidos no VIVAVOZ, esta possuía um grau de dependência caracterizado como pesado, além do fato de ter procurado o serviço quando se deparou com um problema grave de saúde. Por essas razões se escolheu o presente caso. Os atendimentos, reativos e proativos, foram realizados pela mesma consultora, graduanda do curso de psicologia. A comissão de ética em pesquisa da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre avaliou e aprovou o projeto VIVAVOZ (nº 28/05).

Instrumentos

Os instrumentos aplicados nas entrevistas incluíram: o Questionário de Tolerância de Fagëstrom (FTQ), que avalia o grau de dependência de nicotina (Fagerström & Schneider, 1989). Consiste em 6 questões referentes ao hábito de fumar, possibilitando a classificação da dependência de nicotina em leve, moderada e pesada. O escore total é calculado pela soma obtida em cada item, oscilando entre 0 e 10 pontos. Dependência leve é caracterizada pelo escore inferior a 4, dependência moderada de 4 a 6 pontos e dependência pesada de 7 a 10 pontos (Healtherton & colaboradores, 1991; Halty & colaboradores, 2002).

A história tabagística avalia a idade que o cliente começou a fumar, número de cigarros fumados por dia, número de anos que fuma, número de tentativas para parar de fumar e tempo máximo que já ficou abstinente (Di Clemente & Prochaska, 1982).

Para investigar o estágio motivacional que a cliente se encontrava e o quanto estava disponível para mudar seu comportamento problema utilizou-se a University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA). O questionário é composto por 32 afirmações onde o cliente escolhe as seguintes opções para cada uma delas: 1=discorda totalmente; 2=discorda; 3=indeci-

so; 4=concorda; 5=concorda totalmente. A partir do resultado final pode-se avaliar o estágio motivacional que a cliente se encontra (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção) (McConaugh & colaboradores, 1983). A utilidade da escala URICA e sua valorização pelos profissionais da área da dependência química justificam sua utilização neste estudo (Figlie, 1999; Oliveira & colaboradores, 2003).

A escala de contemplação Ladder (Biener & Abrams, 1991) também foi utilizada para identificar a prontidão da cliente para parar de fumar. Este instrumento contém 11 pontos contínuos representados por 10 degraus de uma escada. Nestes degraus encontram-se frases afirmativas que descrevem estágios de prontidão para parar de fumar: “Não penso em parar”, “Penso que será necessário parar algum dia”, “Penso em parar, mas ainda não estou pronto”, “Estou começando a pensar sobre como mudar meu hábito de fumar” “Estou fazendo alguma coisa para parar de fumar”, entre outras. Esta escala foi traduzida e adaptada para ser utilizada na nossa população.

Procedimentos

Base teórica utilizada pelo serviço para o atendimento de tabagistas

O aconselhamento telefônico no VIVAVOZ é baseado nos princípios da entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2001), técnicas de terapia cognitivo-comportamental (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993) e prevenção da recaída (Marlatt & Gordon, 1993). O consultor busca estabelecer uma relação empática e colaborativa com o cliente a fim de aumentar sua motivação para mudança. A técnica é de curta duração, adaptada da intervenção motivacional, para ser utilizada em contatos breves nos serviços de atenção básica a saúde, denominada intervenção breve motivacional (Rollnick & Miller, 1995). Além de ser utilizada nos serviços de atenção básica a saúde, a intervenção breve motivacional, também tem sido oferecida através de ligações telefônicas (Ludman, Curry, Meyer & Taplin, 1999; Ramelson & colaboradores, 1999; Zhu & colaboradores, 1996) e mate-

riais de auto-ajuda (Britt Hudson & Blampied, 2004). A técnica baseia-se no modelo dos estágios de mudança (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) e na intervenção motivacional (Rollnick & Miller, 1995; Rollnick, Butler & Stott, 1997). É uma intervenção estruturada, de curta duração que pode ser utilizada por profissionais não especializados. Seu objetivo é aumentar a motivação interna do cliente (Gerbert & colaboradores, 2003). As estratégias comumente utilizadas incluem avaliar o estágio de prontidão para mudança, aconselhar o cliente conforme o estágio de mudança identificado, trabalhar a ambivalência, promover a auto-eficácia, identificar situações de risco e desenvolver estratégias para enfrentá-las, marcar uma data de parada e disponibilizar materiais de auto-ajuda (Butler & colaboradores, 1999; Gerbert & colaboradores, 2003; Miller & Rollnick, 2001; Prochaska, DiClemente, Velicer & Rossi, 1993).

A intervenção breve motivacional tem demonstrado uma redução nas taxas de abuso de tabaco e outras drogas em diversas populações, aumentando o período de abstinência contínua e as tentativas de parada (Paul & colaboradores, 2004), resultando em vantagens custo/benefício (Gerbert & colaboradores, 2003).

Atendimento telefônico para tabagistas

O atendimento é seguido de forma padrão para todos os clientes atendidos pelo VIVAVOZ, através de um fluxograma baseado nos princípios da intervenção utilizada. Ao atender a chamada, solicita-se ao cliente o consentimento livre e esclarecido a fim de utilizar seus dados para pesquisa. Por questões éticas o nome e os dados que identificam a cliente escolhida para o estudo foram alterados para preservar sua identidade.

Resultados e discussão

Os resultados estão apresentados, na seqüência, articulados com a revisão de literatura e com os comentários dos autores.

Antecedentes pessoais

Joana, 44 anos, separada, fumante há 31 anos, relata que foi aposentada por problema de saúde. Desde o ocorrido, a cliente disse que fazia uso de diazepam e imipramina, conforme prescrição médica. Fazia acompanhamento psicológico e psiquiátrico no CAPS numa cidade da grande Porto Alegre, onde residia com a filha e o genro. A filha era usuária de cigarro e o genro além do tabaco utilizava drogas ilícitas. Joana relatou que iniciou a fumar precocemente, com 13 anos de idade e que atualmente fumava em média 60 cigarros por dia. Além disso, havia tentado parar diversas vezes, porém só deixou de fumar temporariamente, 2 vezes. O tempo máximo que ficou sem fumar foi 2 anos. Costumava fumar mais intensamente nas situações de estresse. Em sua casa todos os adultos fumavam. A cliente relatou episódios de pânico e tentativa de suicídio. Viu o anúncio do VIVAVOZ num jornal local e decidiu ligar com fins de buscar ajuda para parar de fumar. A cliente acreditava que o consumo de tabaco tinha influência no seu problema de saúde, pois a deixava mais “nervosa”. Contou que o que desencadeou sua crise, acarretando na aposentadoria, foi uma discussão com uma atendente no CAPS, onde já fazia acompanhamento. Esta reclamou do cheiro forte de cigarro, da cliente. Joana afirma que, neste momento, não conseguiu controlar a raiva que sentiu pela ofensa, iniciou a discussão, teve um desmaio e quando acordou estava hospitalizada. Desde então, a cliente passou a acreditar que seu problema de saúde estava relacionado com o consumo de tabaco.

Relato da 1ª ligação

Na primeira ligação da cliente para o serviço a consultora iniciou o atendimento com uma pergunta aberta, dizendo: “Gostaria de lhe informar que esta ligação irá durar aproximadamente o tempo que duraria uma consulta com um profissional da saúde. Vou precisar de algumas informações específicas mais tarde, mas talvez agora você pudesse começar me contando sobre o seu hábito de usar cigarros”.

A seguir, iniciou-se a aplicação de escalas para avaliação do hábito de fumar da cliente. Sua dependência foi caracterizada como pesada pela escala Fagerström (8 pontos) (Fagerstrom & Schneider, 1989). Na avaliação da motivação, através da Ladder (Swartz & Hays, 2004), relatou: “Estou começando a pensar sobre como mudar meu hábito de fumar” e na URICA (McConnough, Prochaska & Velicer, 1983) obteve maior pontuação nas subescalas de contemplação (31) e ação (35). Esta avaliação geral foi realizada com o objetivo de entender o hábito da cliente de uma forma mais abrangente, determinando a intervenção mais adequada para seu comportamento problema, bem como oferecer um resumo dos achados a fim de estimular a motivação para a mudança (Miller & Rollnick, 2001).

Foi apresentado o *feedback* da avaliação inicial. A consultora disse à cliente: “Não sei o que você vai achar do resultado que vou lhe apontar. Ele reflete o grau que você está dependente do cigarro. Seu score aqui (8) está no início da faixa do que classificamos de dependência muito alta (Fagerstrom & Schneider, 1989), significando que você apresenta sinais comuns de dependência”. A cliente responde: “É eu imaginei, como é que uma pessoa fumando 60 cigarros não vai ser dependente? É por isso que eu preciso de ajuda, não dá mais e sozinha eu não vou conseguir”. A consultora responde de forma empática: “Percebo que isso é difícil para você, no entanto eu estou aqui para ajudá-la”. O processo de *feedback* pode ser muito difícil para o cliente, e a empatia do consultor é necessária em toda essa fase (Miller & Rollnick, 2001).

De acordo com o resultado das escalas de avaliação da motivação a cliente encontrava-se no estágio de contemplação, seguindo para o estágio de preparação, ainda apresentando certa ambivalência (Prochaska & DiClementi, 1992). Como estava aberta a intervenções que aumentassem sua consciência sobre o problema com o cigarro, iniciou-se a construção da balança decisional (técnica cognitiva para pesar custos e benefícios da mudança) (Velicer, DiClemente, Prochaska & Brandenburg, 1985) com in-

tuito de evocar razões para mudança e os riscos de não mudar, bem como diminuir o aspecto desejável do comportamento. A cliente citou como vantagens em mudar o comportamento as seguintes razões: “Melhorar a minha saúde, eu tenho muita tosse e rouquidão”; “Também gostaria de melhorar minha aparência, pois minha pele está envelhecida, tenho cheiro forte de cigarro e os dentes amarelos”; “Fumando menos terei mais vontade em dedicar-me a outras atividades como trabalhos manuais que tanto gosto”. As desvantagens em mudar o comportamento seriam: “A dificuldade que terei em enfrentar situações difíceis sem o meu companheiro (cigarro)”; “Modificar o hábito, mudar a minha rotina” e “Com certeza ficarei mais irritada, sem paciência com minha família”. A consultora solicita então que a cliente pense nas vantagens em continuar fumando: “Sinto-me relaxada quando fumo”; “Parece que me ajuda na solução de problemas, e que consigo pensar melhor”; “Tenho no cigarro um companheiro” e “O hábito de fumar ajuda a me controlar”. Por outro lado as desvantagens em continuar o consumo seriam: “Continuar me sentindo mal, prejudicando a minha saúde e do meu neto”; “Continuar desgostosa com a minha aparência, pele, dentes, cheiro, etc.” e “Continuar sem vontade de empenhar-me em outras atividades”.

Através de uma reflexão dupla, a consultora demonstrou para a cliente que por um lado ela percebia vantagens em abandonar o hábito, mas por outro relatava desvantagens (Miller & Rollnick, 2001). Foram explicados os sintomas da síndrome de abstinência tais como a irritabilidade, raiva inquietação, dificuldade para se concentrar, entre outros. Estes podem iniciar horas após o último cigarro e tendem a ter um pico 48h após a cessação (Mitrouska, 2006). Comentou-se que com o passar do tempo há um declínio gradativo da intensidade desses sintomas desagradáveis a fim de conscientizar a cliente que os primeiros dias após a parada são os mais difíceis, mas que isso tende a melhorar.

Na seqüência, foi questionado o quanto à cliente sentia-se motivada a parar de fumar,

utilizando-se uma escala analógica (Rollnick & colaboradores, 1997). “Pensando em uma escala de 1 a 10 onde 1 é não motivada para parar de fumar e 10 é totalmente motivada, em que número você encontra-se nesse momento”? Joana respondeu que se encontrava no número 8 porque ainda não se sentia preparada para mudar seu hábito. Aplicou-se a mesma escala em relação ao quanto à cliente acreditava que conseguiria parar de fumar e manter-se abstinente. Esta demonstrou receio em parar por acreditar que não conseguiria ficar sem o cigarro, expressando frases do tipo: “Hoje não faço nada (referindo-se à aposentadoria), sou muito sozinha e só tenho o cigarro para me acompanhar”. Havia deixado de fumar por mais de 2 anos, mas afirmava que desta vez era diferente. Após a aposentadoria tornara-se muito ansiosa e o cigarro ajudava a se controlar. Disse que das outras vezes conseguiu ficar sem fumar, pois estava trabalhando, ativa e que agora não se sentia assim.

Segundo Rollnick e colaboradores (1997), para as pessoas se moverem do estágio em direção à ação elas precisam estar motivadas e acreditar que podem mudar seu comportamento. Apesar de estar preocupada com a sua saúde, Joana não se sentia capaz de parar de fumar. Possuía uma baixa auto-eficácia (Miller & Rollnick, 2001). Nesse momento, o objetivo foi construir a confiança da cliente para mudança através do estabelecimento de orientações e passos práticos. Trabalharam-se formas de enfrentar situações do cotidiano sem a associação do cigarro, reforçando a possibilidade de controlar o desejo. Explicou-se o significado de dependência física e psicológica, educando a cliente sobre as dificuldades que poderiam ocorrer a fim de evitar uma recaída. Trabalhou-se com a cliente estratégias de enfrentamento de situações difíceis de ficar sem fumar. A partir de algumas reflexões ela percebeu que algumas mudanças em sua rotina poderiam auxiliá-la a controlar seu desejo e ansiedade já que após a aposentadoria não realizava nenhuma atividade. Com o auxílio da consultora, Joana identificou algumas situações em que teria que mudar, pois sempre

as fazia fumando. Por exemplo, após acordar, ao tomar chimarrão e à noite quando assistia televisão. Foram estabelecidas estratégias de enfrentamento para mudança de rotina, alterando horários, diminuindo o hábito de tomar chimarrão, entre outras. Outras estratégias foram sugeridas, como relaxamento e a distração (Feilstrecker, Hatzemberger & Caminha, 2003). Também foi trabalhada a possibilidade da cliente recomeçar atividades prazerosas, as quais havia abandonado, tal como a realização de trabalhos manuais.

Através de escutas reflexivas, discussões abertas, troca de idéias sobre a mudança de comportamento, respeitando sempre a escolha da cliente sobre sua mudança, procurou-se acolher suas angústias, diminuir a ambivalência e aumentar sua auto-eficácia (Miller & Rollnick, 2001).

Ao final da ligação a cliente sentia-se mais confiante apresentado seus próprios argumentos em relação à mudança: “Estou realmente preocupada com minha saúde”, “Está na hora de parar de fumar”, “Sinto que desta vez há uma chance maior de conseguir ficar sem fumar. Realmente não havia me dado conta do quanto é importante alterar a minha rotina. E com teu auxílio será mais fácil”. Segundo Miller e Rollnick (2001), esses argumentos são denominados de afirmações automotivacionais. Estas se dividem em quatro categorias. A primeira delas é o reconhecimento do problema (“Como é que uma pessoa fumando 60 cigarros não vai ser dependente?”), um segundo tipo é a expressão de preocupação (“Estou realmente preocupada com minha saúde”), o terceiro tipo de afirmação automotivacional é uma intenção de mudar (“Está na hora de parar de fumar”), por último as afirmações automotivacionais podem apresentar um tema de otimismo em relação à mudança. Essas afirmações refletem a capacidade da cliente fazer uma diferença (auto-eficácia) na área problema (“Sinto que desta vez há uma chance maior de conseguir ficar sem fumar”).

A consultora salientou a importância da cliente conversar com seu médico a respeito de um auxílio farmacológico nesse processo, bem como a psicóloga que já vinha acom-

panhando-a. Nesse momento foi perguntado se a cliente possuía alguma dúvida e que outra forma a consultora poderia ajudá-la. A cliente não tinha mais questões a serem respondidas. O plano de mudança já havia sido estabelecido, portanto a cliente e a consultora chegaram a um acordo sobre a melhor data para parar de fumar. Planejou-se o agendamento de datas para que a cliente retornasse a ligação para o serviço a fim de realizar-se o *follow-up*. Material psicoeducativo foi enviado via correio. Finalmente, disponibilizou-se o serviço para quaisquer momentos que a cliente necessitasse.

Chamadas de monitorização

Essas chamadas têm como principal objetivo a prevenção da recaída. É verificado o progresso do cliente, os sintomas da síndrome de abstinência, a efetividade das estratégias de enfrentamento pré-estabelecidas, a motivação e a auto-eficácia. O VI-VAVOZ solicita aos seus clientes que façam ligações reativas de seguimento após 1 dia, 3 dias, 1 semana, 1,2,3 e 6 meses após o dia da parada. Esse procedimento visa dar apoio a cliente uma vez o período de abstinência é mais intenso nas primeiras semanas (Zhu & colaboradores, 1996).

Chamada de monitorização de 30 dias

Joana não realizou as ligações de seguimento de 1 dia, 3 dias e 1 semana, conforme agendado. A cliente continuava em acompanhamento no CAPS e com as medicações, conforme orientação médica. Devido à cliente não ter conseguido parar de fumar ficou receosa em retornar a ligação e somente um mês após entrou em contato com o serviço. Joana relatou ter sido difícil não fumar em situações que estava nervosa, com problemas na família e conflitos, ouvindo discussões entre o genro (dependente químico) e sua filha. Afirmou que só ela conseguia controlar a situação, mas ficou difícil resolvê-las sem o uso do cigarro. Relatou que quando se concentrava em tarefas manuais (as quais iniciou após o primeiro atendimento), conseguia consumir menos cigarros. Nesta ligação afirmou estar fumando 35 cigarros por dia.

A cliente foi orientada em como agir com a situação de seu genro e recebeu explicações sobre a disponibilidade do serviço em atendê-lo. Ao perceber que sua filha e seu genro poderiam buscar atendimento a cliente abriu espaço para pensar em seu objetivo de parar de fumar, falando mais a respeito.

Foi avaliado e reforçado o progresso da cliente. Nova avaliação de seu hábito de fumar foi realizada sendo levantadas às situações que mais dificultavam a cessação, com objetivo de rever novas estratégias de enfrentamento (Marlatt & Gordon, 1993). Na avaliação da motivação através da Ladder relatou: “Estou fazendo alguma coisa para parar de fumar” e na URICA obteve maior pontuação nas subescalas de contemplação (31) e ação (35). A maior dificuldade observada foi à utilização do cigarro, para lidar com as instabilidades de humor, emoções e tensões. A cliente demonstrou ter conhecimento da dificuldade devido à ansiedade que sentia. Assim procurou-se estabelecer metas para deixá-la mais tempo ocupada. A cliente planejou resgatar sonhos há muito abandonados, como voltar a estudar, podendo desse modo retornar ao projeto de alfabetização de adultos que pertencia antes da crise. Ainda, decidiu diminuir a quantidade de cigarros gradualmente, pois não conseguia parar imediatamente pelo fato de não saber lidar com os sintomas de abstinência. Os profissionais em geral recomendam a parada abrupta do cigarro, ao invés da gradual. Contudo, a maioria dos dados existentes não mostra uma diferença de eficácia entre essas formas de parada, o que demonstra que a escolha do cliente pode ser respeitada (Presman, 2005).

Chamada de monitorização de 120 dias

Novamente a cliente não retornou as ligações previamente agendadas. Após 3 meses da última ligação, Joana entrou em contato com o serviço buscando auxílio. A cliente sentia-se muito aflita, pois acabava de receber a notícia de seu médico de que estava com uma grave lesão no pulmão direito e precisava parar de fumar imediatamente. O médico explicou que Joana estava com der-

rame pleural e princípio de enfisema pulmonar e que se não parasse a situação poderia se agravar podendo morrer. O médico deu um prazo de 3 meses de vida, pois o prognóstico era muito ruim. A cliente desesperada, dizia: “Eu não posso morrer, a minha filha precisa de mim, como é que meu neto vai ficar, não vou vê-lo crescer”? Eu preciso parar, mas é muito difícil, como pode essa porcaria (cigarro) controlar as pessoas dessa forma? Sei que consegui diminuir pela metade meu consumo. Mas levei tempo para isso e agora não tenho mais. Toda minha família está disposta a me ajudar. Minha filha disse que pára junto comigo, ela já não estava fumando na minha frente. Mas agora ela disse que temos que parar. Estamos pensando em começar a caminhar e parar com o chimarrão à tarde. Meu neto tem 4 anos, me olha e me pede para não fumar”. A motivação para mudança é promovida quando as pessoas percebem uma discrepância entre a posição que estão e aquela onde querem estar. Os *feedbacks* de profissionais da saúde são importantes para o cliente ter informações sobre seu estado atual de saúde, criando assim uma discrepância motivacional e movendo-os em direção a mudança de comportamento (Miller & Rollnick, 2001).

Desde a primeira vez que Joana procurou o serviço nunca ficara sem fumar, apenas tinha diminuído o número de cigarros, passando de 60 para 35 cigarros por dia. Até então, ela havia mantido esse padrão de consumo.

Nesta ligação a cliente chorava muito, demonstrava preocupação, pois ainda não havia conseguido diminuir, consideravelmente, o número de cigarros e agora teria que parar imediatamente. Para acalmá-la foi necessário uma escuta empática, explicação das conseqüências do cigarro em longo prazo e os benefícios em parar de fumar. Nesse processo se deu grande ênfase ao aumento da auto-eficácia trabalhando com a cliente suas conquistas, outras situações difíceis que já havia superado em sua vida e as mudanças de hábito que já havia realizado. Novamente a cliente decidiu realizar a retirada gradual do cigarro.

Ligação fora da data de monitorização

Uma semana depois, mesmo fora das datas marcadas, Joana ligou para informar que estava conseguindo diminuir o consumo. Na ligação anterior fumava 40 cigarros, nesta estava fumando 14, pediu então, auxílio para diminuir até chegar ao zero. Se propôs a reduzir 2 cigarros por dia até chegar ao zero. A cliente relatou que sua psicóloga havia lhe dado encaminhamento para atendimento no SUS onde poderia conseguir medicação para auxiliá-la nesse processo, já que tinha tanta dificuldade em lidar com a síndrome de abstinência. No entanto, até o momento da ligação não havia conseguido a medicação.

Ligação fora da data de monitorização

A cliente entrou em contato uma semana depois, avisando que havia feito os exames e sua situação de saúde havia melhorado. Estava bem motivada com a notícia do seu prognóstico. No momento estava consumindo 10 cigarros, na última ligação havia marcado para parar em uma semana, não conseguiu, mas diminuiu. Seus médicos estavam tentando conseguir a bupropiona.

Ligação proativa

Nesta ligação o serviço fez contato com a cliente a fim de verificar sua situação atual. Aplicou-se instrumentos de avaliação e o questionário de satisfação do cliente para avaliar a efetividade do serviço. O grau de dependência de Joana foi caracterizado como leve pelo Questionário de Tolerância de Fargeström (2 pontos), e a mesma afirmou que estava fumando 10 cigarros por dia. Percebeu-se uma diminuição no grau de dependência da cliente, porém cabe ressaltar que o alto grau de dependência de nicotina no início de um tratamento é um fator que influencia cessação do uso do tabaco. Nos casos de elevado grau de dependência, podemos associar medicamentos comprovadamente eficazes (Viegas & Reichert, 2004). Na avaliação da motivação através da Ladder relatou: “Estou fazendo alguma coisa para parar de fumar” e na URICA obteve maior pontuação nas subescalas de contemplação (27) e ação (34). Neste mesmo dia havia iniciado a tomar bupropiona.

A cliente não conseguiu atingir a abstinência, mas após 5 meses do primeiro atendimento telefônico apresentou melhora no resultado de sua avaliação, mostrou diminuição no grau de dependência e ambivalência. Considerando que a dependência de nicotina é uma doença crônica, complexa e difícil de ser superada nem todos os fumantes tem sido capazes de parar de fumar completamente. Na história de vida da cliente percebeu-se que fatores ambientais e individuais contribuíram para a manutenção de seu hábito de fumar, além das comorbidades psiquiátricas relacionadas aos episódios de pânico e tentativa de suicídio relatadas pela cliente. A presença de outros fumantes no mesmo ambiente pode ter reforçado a continuidade do uso do tabaco, diminuindo a motivação para parada bem como desencadeando “situações-gatilho”. É importante que o fumante perceba que as pessoas de sua convivência desejam o seu sucesso, apoiando-os nesse processo (Dórea & Botelho, 2004).

A cliente buscou auxílio farmacológico, e embora não tenha conseguido a medicação através do SUS, mencionou que sua família estava ajudando-a financeiramente para comprar o medicamento. Após um mês do início da medicação, houve um contato com a cliente e ela informou que continuava o consumo de 10 cigarros. A redução do número de cigarros fumados por dia pode ser benéfica a fumantes que apresentam comorbidades as quais dificultam a cessação (Zellweger, 2006). Resultados de estudos em pacientes que reduzem o número de cigarros tem demonstrado que há um impacto positivo na saúde destes indivíduos, diminuindo os fatores de risco para doenças cardiovasculares e melhora da função pulmonar (Le Houezec & Sawe, 2003).

Considerações finais

Atender Joana foi gratificante e exigiu da consultora empenho, estudo e supervisão, bem como criatividade para aplicar os princípios gerais da intervenção breve motivacional. Observou-se que cliente e consultora estabeleceram uma boa relação te-

rapêutica de empatia, confiança, atenção e respeito. Para os consultores do VIVAVOZ que vivem em seu cotidiano situações semelhantes, é necessário que se estabeleça esse tipo de relação, para que cliente sintasse confortável para falar de suas dificuldades relacionadas ao abandono do cigarro.

Ao buscar auxílio, o fumante poderá encontrar várias barreiras, entre elas a falta de serviços disponíveis ou de pessoal capacitado para realizar esse tipo de intervenção. O aconselhamento telefônico disponibilizado à cliente foi uma alternativa para receber intervenção personalizada nos momentos que precisava, auxiliando-a na diminuição do número de cigarros fumados por dia. O VIVAVOZ forneceu uma intervenção complementar àquelas que a cliente já estava utilizando: farmacoterapia, psiquiatria e psicologia.

Cabe ressaltar que esse tipo de intervenção está sendo estudada para viabilizar sua disseminação para população em geral. Entende-se que é uma forma alternativa de atendimento para pessoas que não tem condições financeiras, tem dificuldades de deslocamento e também para aqueles que necessitam atendimentos mais intensivos.

A possibilidade de intervenção num *setting* diferenciado como propõe o presente trabalho é um caminho a ser trilhado, percebido como algo emergente e necessário, já que tem demonstrado resultados positivos em outras populações. Entende-se que o trabalho proposto pode ser de extrema importância para o atendimento de tabagistas, bem como no auxílio de outros profissionais da área da saúde, psiquiatras, clínicos, psicólogos, profissionais que trabalham com atenção primária à saúde os quais podem complementar suas intervenções com o auxílio do serviço telefônico.

Referências

Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric Properties and Correlations with Service Utilization and Psychotherapy Outcome. *Evolution and Program Planning*, 5, 233-237.

- Bauld, L., Chesterman, J., Judge, K., Pound, E., Coleman, T. (2003). Impact of UK National Health Service smoking cessation services: variations in outcomes in England. *Tobacco Control*, 12(3), 296-301.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Biener, L., & Abrams, D. B. (1991). The Contemplation Ladder: validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology*, 10 (5):360-5.
- Borland, R., Segan C. J., Livingston, P. M., & Owen, N. (2001). The effectiveness of callback counselling for smoking cessation: a randomized trial. *Addiction*, 96(6), 881-9.
- Britt, E., Hudson, S. M., & Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education Counseling*, 53(2),147-55.
- Butler, C., Rollnick, S., Cohen, D., Bachman, M., Russell, I., & Stott N. (1999). Motivational consulting versus brief advice for smoker in general practice: a randomized trial. *British Journal of General Practice*, 49, 611-616.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., & Napo, S. A., (2002). *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas pricotrópicas: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001*. São Paulo: Cebrid – Unifesp Editora.
- DiClementi, C. C., & Prochaska, J. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of process of change in cessation and maintenance. *Addictive behaviors*, 2, 133-42.
- Dórea, A. J. P., & Botelho, C. (2004). Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. Em Araújo, A. J., Menezes, A. M. B., Dórea, A. J. P. S., Torres, B. S., Viegas, C. A. A., Silva, C. A. R., Kirchenchtejn, C., Orfaliais, C., Sant'anna, C. C., Botelho, C., Gonçalves, C. M. C., Haggsträm, F. M., Godoy, I., Reichert, J., Chatkin, J. M., Ayoub, L. T. V., Pereira, L. F. F, Halty, L. S., Sales, M. P. U., Oliveira, M. V. C., Castillo, P. L., & Meirelles, R. H. S. Diretrizes para cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 30 (2), 41-46.
- Dozois, D. J., Westra, H. Á., Collins, K. A., Fung, T. S., & Garry, J. K. F. (2004). *Stages of change in anxiety: psychometric prperties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA)*. *Behaviour Research and therapy*, 42, 711-729.
- Fagerström, K. O., & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal Behavioral Medicine*, 12(2), 159-82.
- Feilstrecker, N., Hatzenberger, R., & Caminha, R. (2003). Técnicas Cognitivo-Comportamentais. Em R. Caminha, R. Weiner, M. Oliveira, N. Piccoloto (Orgs.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática*. (pp. 53-60). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferigolo, M., Gómez, R., Rhoden, C. R., Malysz, A., Arbo, E., & Barros, H. M. T. (2002). Informações de Substâncias Psicoativas por telefone: análise de dez anos de atividades. *Revista da AMRIGS*, 46, 123-128.
- Figlie N. B. (1999). *Motivação em alcoolistas tratados em ambulatório específico para alcoolismo e em ambulatório de gastroenterologia*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP.
- Figlie N. B. (2001). Metodologia de pesquisa em dependência química. Em: *Anais do XIV Congresso Brasileiro sobre alcoolismo, tabagismo e outras dependências*. Gramado, RS.
- Figlie, N. B., Payá, R., Krulikowski, P. F. P., & Laranjeira, R. R. (2004). Intervenção breve em familiares de dependentes químicos – resultados de um estudo de seguimento de 30 meses. Retirado em 04-09-2006, no World Wide Web: <http://www.uniad.org.br/docs/alcool/IntervencaoFamiliarDependente.doc>
- Gerbert, B., Berg Smith, S., Mancuso, M., Caspers, N., McPhee, S., Null, D., & Wofsy, J. (2003). Using innovative video doctor technology in primary care to deliver brief smoking and alcohol intervention. *Health promotion practice*, 3, 249-61.
- Goldim, J. R. (2000). *Manual de iniciação à pesquisa em saúde*. Porto Alegre: Da Casa.
- Gutierrez-Terrell, E. (2002). Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. *The New England Journal of Medicine*, 3(14), 1087-93.
- Halty, L. S., Hünttner, M. D., Netto, C. O., Santos, V. A., & Martins, G. (2002). Análise

- da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerstrom como instrumento de medida da dependência nicotínica. *Jornal de Pneumologia*, 4, 180-186.
- Heatherston, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*, 9, 1119-27.
- Helgason, A. R., Tomson, T., Lund, K. E., Galanti, R., Ahnve, S., & Gilljam, H. (2004). Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation. *European Journal of Public Health*, 14(3), 306-10.
- Le Houezec, J., & Sawe, U. (2003). Smoking reduction and temporary abstinence: new approaches for smoking cessation. *Journal des Maladies Vasculaires*, 28(5), 293-300.
- Lichtenstein, E., Glasgow, R. E., Lando, H. A., Ossip-Klein, D. J., & Boles, S. M. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence. *Health Education Research*, 11(2), 243-57.
- Ludman, E. J., Curry, S. J., Meyer, D., & Taplin, S. H. (1999). Implementation of outreach telephone counseling to promote mammography participation. *Health Education & Behavior*, 26(5), 689-702.
- Marlatt, G.O., & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. (D. Batista & P. Knapp, Trad.) Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Original publicado em 1985).
- Marques, A. C. P. R., Campana, A., Gigliotti, A., P., Lourenço, M. T. C., Ferreira, M. P. & Laranjeira, R. (2001). Consenso sobre o tratamento da dependência de Nicotina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4): 200-14.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and samples profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 20, 368-375.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and samples profiles. *Psychotherapy*, 20, 368-375.
- Miller, C. L., Wakefield, M., & Roberts, L. (2003). Uptake and effectiveness of the Australian telephone Quitline service in the context of a mass media campaign. *Tobacco Control*, Suppl 2, ii53-8.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Mitrouska, I., Bouloukaki, I., & Sifakas, N. M. (2006). Pharmacological approaches to smoking cessation. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics*, Acessado em 23 de fevereiro de 2006.
- Oliveira M. S., Laranjeira R., Araujo R. B., Camilo R. L., & Schneider D. D. (2003). *Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool*. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 16(2): 265-270.
- Orleans, C. T., Schoenbach, V. J., Wagner, E. H., Quade, D., Salmon, M. A., Pearson, D. C., Fiedler, J., Porter, C. Q., & Kaplan, B. H. (1991). Self-help quit smoking interventions: effects of self-help materials, social support instructions, and telephone counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 439-48.
- Ossip-Klein, D. J., Giovino, G. A., Megahed, N., Black, P. M., Emont, S. L., Stiggins, J., Shulman, E., & Moore, L. (1991). Effects of a smoker's hotline: results of a 10-county self-help trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2, 325-32.
- Owen, L. (2000). Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control*, 2, 148-54.
- Paul, C. L., Wiggers, J., Daly, J. B., Green, S., Walsh, R. A., Knight, J., & Girgis, A. (2004) Direct telemarketing of smoking cessation interventions: will smokers take the call? *Addiction*, 99(7), 907-13.
- Platt, S., Tannahill, A., Watson, J., & Fraser, E (1997). Effectiveness of antismoking telephone helpline: follow up survey. *BMJ*, 314(7091), 1371-5.
- Presman, S., Carneiro, E., & Gigliotti, A. (2005). Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 267-275.
- Prochaska, J. O., DiClementi, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American psychologist*, 9, 1102-14.

- Prochaska, J. O., DiClementi, C. C., Velicer, W. F., & Rossi, J. S. (1993) Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 5, 399-405.
- Ramelson, H. Z., Friedman, R. H., & Ockene, J. K. (1999). An automated telephone-based smoking cessation education and counseling system. *Patient Education & Counseling*, 36(2), 131-44.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Rollnick, S., Butler, C. C., & Stott, N. (1997). Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Education & Counseling*, 31(3), 191-203.
- Smoking Cessation Services (EESCS). Impact of UK National Health Service smoking cessation services: variations in outcomes in England. *Tobacco Control*, 12(3), 296-301.
- Swartz, S. H., & Hays, J. T. (2004). Office-based intervention for tobacco dependence. *The Medical Clinics of North America*, 88(6), 1623-41.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Brandenburg, N. (1985) Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(5), 1279-89.
- Viegas, C. A. A., & Reichert, J. Tratamento Medicamentoso. (2004). Em A. J. Araújo, A. M. B. Menezes, A. J. P. S. Dórea, B. S. Torres, C. A. A. Viegas, C. A. R. Silva, C. Kirchenchtejn, C. Orfalais, C. C. Sant'anna, C. Botelho, C. M. C. Gonçalves, F. M. Haggsträm, I. Godoy, J. Reichert, J. M. Chatkin, L. T. V. Ayoub, L. F. F. Pereira, L. S. Halty, M. P. U. Sales, M. V. C. Oliveira, P. L. Castillo, & R. H. S. Meirelles, Diretrizes para cessação do tabagismo. *Journal Brasileiro de Pneumologia*, 30(2), 36-40.
- Wakefield, M., & Borland, R. (2000). Saved by the bell: the role of telephone helpline services in the context of mass-media anti-smoking campaigns. *Tobacco Control*, 9(2), 117-9.
- Zellweger, J. P. (2006). Reduction of consumption: an intermediate stage before a total stop? *Revue Medicale Suisse*, 28 (72), 1701-3.
- Zhu, S. H., Tedeschi, G. J., Anderson, C. M., & Pirce, J. P. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: what's in a call? *Journal of counseling e development*, 75, 93-102.
- Zhu, S. H., Anderson, C. M., Johnson, C. E., Tedeschi, G., & Roeseler, A. (2000). A centralised telephone service for tobacco cessation: the California experience. *Tobacco Control*, 9(2), 1148-55.
- Zhu, S. H., Anderson, C. M., Tedeschi, G. J., Rosbrook, B., Johnson, C. E., Byrd, M., & Terrell, E. G. (2002). Evidence of Real-World Effectiveness of a Telephone Quitline for Smokers. *The New England Journal of Medicine*, 347(14), 1087-1093.

Recebido em julho de 2006
Aceito em setembro de 2006

Autoras

Cláudia G. Mazoni

Psicóloga, mestranda em Ciências Médicas pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFCMPA), Supervisora VIVAVOZ.

Nadia K. Bisch

Acadêmica do Curso de Psicologia ULBRA/Canoas, Consultora VIVAVOZ.

Luana Freese

Acadêmica do Curso de Biomedicina FEEVALE, Consultora VIVAVOZ.

Maristela Ferigolo

Doutora em Ciências Médicas, Farmacêutica (FFCMPA), Coordenadora VIVAVOZ.

Helena MT Barros

Doutora em Psicofarmacologia, Médica, Prof. Titular de Farmacologia (FFCMPA), Coordenadora VIVAVOZ.

Endereço para correspondência:

mazoni@ffcmpa.tche.br