

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



**AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DA ENTEVISTA MOTIVACIONAL NA CESSAÇÃO DO
TABAGISMO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

RICARDO MELNICK

**Porto Alegre
2017**

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS



AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DA ENTEVISTA MOTIVACIONAL NA CESSAÇÃO DO
TABAGISMO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RICARDO MELNICK

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva

Coorientador: Prof. Dr. Roger Keller Celeste

Porto Alegre

2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Elisabeth Meyer da Silva (Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia - IC/FUC)

Prof. Dra. ClaunaraSchiling Mendonça (Grupo Hospitalar Conceição)

Prof. Dra. Luciane Kopittke (Grupo Hospitalar Conceição)

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço, de forma muito especial, à minha esposa Rosane, companheira querida de todos os momentos e todas as jornadas, e à minha filha Gabriela, que acrescenta doçura em minha vida e faz tudo valer a pena. Obrigado pela força, incentivo, apoio, companheirismo e tolerância em relação às minhas ausências.

Ao meu pai, Miguel (in memorian), minha mãe, Rosa e meu irmão, Rogério, pelo exemplo de caminho correto, transmissão de valores e por toda a minha formação como pessoa, base da minha caminhada.

Às famílias Melnick, Papich e Levi, que também fazem parte do meu ser e contribuem, mesmo alguns de longe, com o meu crescimento como pessoa.

Aos professores do pós-graduação de Avaliação de Tecnologias para o SUS, pelos excelentes ensinamentos, dedicação, troca de experiências, que certamente levarei junto no caminho do meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Aos colegas do curso de mestrado, pessoas de riquezas diversas, pela cumplicidade, amizade, ajuda mútua nos momentos delicados e por me proporcionarem crescer junto. Esta convivência foi fundamental, levarei-os também nos próximos desafios.

À Elisabeth Meyer da Silva, pela sua disponibilidade, entusiasmo na divulgação e ensino da entrevista motivacional a todos, e por nos proporcionar um excelente treinamento.

À Vânia Naomi Hirakata, pela consultoria estatística e disponibilidade, especial nestes últimos momentos da pesquisa.

À Natália Pegoraro, Marla Perazzo e Cíntia Strassburger, pela ajuda fundamental no banco de dados, assim como ao amigo Alexandre Zanetti.

À bibliotecária Luciane Berto, pela ajuda significativa nas referências e formatação do trabalho.

Ao amigo Léo Garbaski, pela contribuição nos abstracts

Aos colegas Rui Flores, Rosane Glasenapp, Djalmo Sanzi, Sílvia Takeda e demais trabalhadores do serviço de monitoramento da Saúde Comunitária, bem como sua gerência e coordenação, por todo o apoio na busca de dados e realização deste trabalho.

À Rosmére Lasta e Lara Jandrey, pela parceria e colaboração.

A todos os profissionais das equipes de saúde do SSC, que de maneira direta e indireta, colaboraram para a realização da pesquisa.

Especialmente à equipe da UBS Divina Providência, à qual crescemos juntos todos os dias, pelas várias ajudas e tolerância com as ausências durante esta jornada. Também à minha outra equipe de trabalho, UBS Vila dos Comerciários e Gerência Distrital Glória Cruzeiro Cristal, pela compreensão das necessidades de afastamento para este curso.

Finalmente, de forma destacada e intensa, agradeço muito ao orientador, Daniel Demétrio Faustino da Silva, não apenas pela orientação extremamente qualificada, mas, sobretudo, pelo apoio, tranquilidade, serenidade, incentivo, disponibilidade, dedicação e exemplo de entusiasmo ao ensino e pesquisa. O trabalho termina, fica a amizade, o respeito e o belo exemplo profissional.

Este trabalho é dedicado inicialmente à minha família, à memória do meu pai e às gerações anteriores, que enfrentaram perseguições étnicas e trilharam caminhos difíceis e tortuosos para que hoje estejamos aqui, sempre valorizando a educação. Estamos juntos.

Dedico, também de maneira especial, a todos os pacientes sob nosso cuidado e os que participaram deste estudo, assim como a todos os profissionais da atenção primária, grandes guerreiros dos desafios e ideais em rumo a uma saúde mais justa, centrada nas pessoas e qualificada.

Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,

Muda-se o ser, muda-se a confiança:

Todo o mundo é composto de mudança,

Tomando sempre novas qualidades

Camões

"Se for capaz de deixar de fumar, será capaz de fazer qualquer coisa"

(Anônimo)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DBPOC - Doença Bronco-pulmonar Obstrutiva Crônica

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EM - Entrevista Motivacional

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HRQ - Helpful Responses Questionnaire

IC – Intervalo de Confiança

INCA - Instituto Nacional do Câncer

IPCRG - Internacional PrimaryCareRespiratoryGroup

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAAP - Perguntar e Avaliar, Aconselhar e Preparar

PAAPA - Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar

PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo

RR – Risco Relativo

SPSS - Statistical Package for the Social Scienses

SSC - Serviço de Saúde Comunitária

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

US - Unidade Sanitária

VIGITEL -Pesquisa Nacional Vigilância de Fatores de Risco e Proteção
para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Fluxograma do estudo baseado no Consort	47
Tabela 1 - Características dos participantes dos grupos de tabagismo	47
Tabela 2 - Frequências e desfechos dos grupos de tabagismo	48
Tabela 3 - Análise multivariada por regressão de Poissom robusta	49

RESUMO

Introdução: O tabagismo é um fator de risco de grande magnitude na saúde pública, com forte associação às doenças crônicas não transmissíveis e grandes prejuízos econômicos e sociais. É considerada a principal causa de morte evitável no mundo. A atenção primária à saúde é um cenário estratégico no tratamento deste problema, portanto é necessária a avaliação de novas tecnologias para o manejo desta patologia neste contexto. A motivação é o principal fator envolvido na cessação do tabagismo. Há necessidade de avaliação e desenvolvimento de tecnologias para aumentar o grau de motivação. A Entrevista Motivacional (EM) é um método comunicativo, centrado na pessoa, cujo objetivo é trabalhar e aumentar a motivação para mudança de comportamento. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia da EM nas taxas de cessação do tabaco dos grupos de tabagismo realizados pelas equipes de atenção primária do Grupo Hospitalar Conceição, e também se há aumento nas médias de comparecimento às sessões e na taxa de conclusão dos grupos. **Metodologia:** Foi realizado um ensaio clínico randomizado comunitário nas 12 unidades deste serviço, entre julho de 2016 e maio de 2017, com randomização por cluster. No grupo intervenção, os coordenadores de grupos de tabagismo em suas unidades receberam um treinamento de 8 horas em EM, para associar a técnica à abordagem convencional, enquanto as unidades do grupo controle utilizaram apenas a abordagem convencional cognitivo-comportamental. **Resultados:** durante este período foram realizados 44 grupos, totalizando 329 pacientes (178 no grupo intervenção e 151 no controle). A taxa de abandono do tabaco no grupo que utilizou a EM foi 61,8%, com um $RR=1,25$ ($IC=95\%1,01-1,54$, $p=0,043$), e no grupo convencional 47,7%. A média do número de sessões foi 3,1 no grupo intervenção e 2,9 no controle. O percentual de conclusão do grupo, com a intervenção foi 65,2% e no controle 57,6%. **Conclusão:** A entrevista motivacional mostrou eficácia e superioridade sobre a abordagem convencional. Embora o aumento tenha sido modesto, foi significativo estatisticamente. É uma tecnologia leve, de fácil aplicabilidade, custo-efetiva e adequada à atenção primária e grupos de tabagismo. Apresenta-se como uma estratégia de utilidade no enfrentamento da epidemia do tabagismo.

Palavras-chave: Tabagismo. Entrevista motivacional. Abandono do tabaco. Motivação. Atenção primária à saúde. Avaliação da Tecnologia Biomédica.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is a major risk factor in public health, with a strong association with chronic non communicable diseases and great socioeconomic damages. It is considered the leading cause of preventable death in the world. Primary health care is a strategic setting in the treatment of this problem, therefore it is necessary to evaluate new technologies for the management of this pathology in this context. Motivation is the main factor involved in the cessation of smoking. There is a need for evaluation and development of technologies to increase the degree of motivation. Motivational Interview (MI) is a person-centered, communicative method whose purpose is to work and increase the user's motivation for behavior change.

Objectives: The objective of this study is to evaluate the efficacy of MI on the smoking cessation rates of the smoking groups performed by the primary care teams of the Conceição Hospitalar Group, and also whether there is an increase in the means of attending the sessions and the completion rate of the groups.

Methodology: A randomized community trial was conducted in the 12 units of this service between July 2016 and May 2017, with randomization by cluster. In the intervention group, the coordinators of smoking groups in their units received an 8-hour training in MI in order to associate the technique with the conventional approach, while the control group units used only the conventional cognitive-behavioral approach. After 11 months, smoking cessation rates were compared between the two groups.

Results: During this period, 44 groups were performed, totaling 329 patients (178 in the intervention group and 151 in the control group). The smoking cessation rate in the group that used MI was 61.8%, with a RR = 1.25(CI = 95% 1,01-1,54, p = 0.043), and in the conventional group, 47.7%. The mean number of sessions was 3.1 in the intervention group and 2.9 in the control group. The percentage of completion of the group, with the intervention was 65.2% and in the control 57.6%. **Conclusion:** The motivational interview showed efficacy and superiority about the conventional approach. Although the increase was modest, it was statistically significant. It is a light, easy-to-apply, cost-effective and appropriate technology for primary care and smoking groups. It is presented as a useful strategy in the face of the tobacco epidemic

Keywords: Smoking. Motivacional interview. Tobacco cessation. Motivacion. Primary health care.Technology Assessment, Biomedical.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3 INTRODUÇÃO.....	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	18
5 METODOLOGIA.....	29
5.1 Local da Pesquisa.....	29
5.2 Tipo de Estudo	29
5.2.1 Randomização.....	30
5.2.2 A Intervenção	30
5.2.3 Grupos em Estudo	33
6 ASPECTOS ÉTICOS	37
7 RESULTADOS	38
8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –	
Profissionais de saúde	61
ANEXO A- REGISTRO DOS DADOS DOS GRUPOS DE TABAGISMO	63
ANEXO B TESTE DE FAGERSTRÖN.....	64
ANEXO C - RÉGUA IMPORTÂNCIA E CONFIANÇA EM	65
ANEXO D - EXERCÍCIO DE ENTREVISTA DIALOGADA EM	66
ANEXO E - QUESTIONÁRIO DE RESPOSTA ÚTIL	68
ANEXO F - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE	
PÚBLICA.....	70
ANEXO G - CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP/GHC.....	75

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada Avaliação de Eficácia da Entrevista Motivacional na Cessação do Tabagismo em Atenção Primária à Saúde, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

A pesquisa é um ensaio clínico randomizado para avaliar a eficácia de um treinamento em entrevista motivacional nos indicadores de abandono do uso do tabaco em pacientes que participaram dos grupos de tabagismo desenvolvidos no SSC-GHC, entre os anos de 2016 e 2017. Foi desenvolvida a partir da necessidade de avaliação de novas tecnologias para a redução deste importante fator de risco, associado às doenças crônicas e suas complicações, no âmbito da atenção primária à saúde.

Inicialmente são apresentados os objetivos, uma introdução, seguida de revisão de literatura sobre o tema e, em sequência, metodologia e aspectos éticos. Na seção resultados, é apresentado, como produto principal, um artigo científico e a seguir as conclusões e considerações finais. Por fim, as referências bibliográficas e anexos, onde são apresentados instrumentos e documento de aprovação pelo Comitê de Ética.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a eficácia da entrevista motivacional na cessação do tabaco em grupos de tabagismo dentro do cenário da Atenção Primária à Saúde (APS).

2.2 Objetivos Específicos

- Comparar as taxas de cessação do tabagismo ao final da quarta sessão, entre os pacientes submetidos a grupos com a intervenção Entrevista Motivacional, em relação aos submetidos ao grupo convencional.
- Comparar a taxa de conclusão das quatro sessões preconizadas para os grupos de tabagismo entre grupos com a intervenção Entrevista Motivacional, em relação aos submetidos ao grupo convencional.
- Comparar as médias do número de sessões em que os pacientes compareceram, nos dois grupos em estudo.

3 INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e em todo o mundo. Ao longo da história da humanidade, o tabaco vem sendo consumido há milhares de anos, porém, a partir da sua industrialização e das ações intensivas de propaganda, o incremento do seu uso levou-o a tornar-se um grande problema para os sistemas nacionais de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

Anteriormente era considerado apenas como um hábito, ou estilo de vida, porém hoje é considerado uma doença crônica e classificado como dependência química, no Código Internacional de Doenças, no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (BRASIL. Ministério da Saúde. INCA, 2001; BIANCHINI; GLASENAPP, 2011).

A epidemia do tabaco está relacionada ao desenvolvimento de diversos agravos à saúde, cuja prevalência vem aumentando e gerando custos sociais e econômicos enormes (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

É considerada a principal causa global de morte prevenível e responsável por aproximadamente 6 milhões de óbitos ao ano em todo o mundo, além de causar prejuízos econômicos de centenas de bilhões de dólares, especialmente nos países de baixo e médio desenvolvimento. Caso mantenham-se as tendências atuais, estima-se que o tabaco poderá causar a morte de 8 milhões de pessoas por ano no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b).

Na fumaça do cigarro, já foram identificadas mais de 4700 substâncias tóxicas e potencialmente carcinogênicas, fazendo a sua inalação estar relacionada a vários tipos de doenças ou fatores de risco para os agravos crônicos. Ao tabagismo é atribuído 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão e 30% de todos os casos de neoplasias malignas, incluindo cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado e vias biliares, rins, bexiga, mama, colo de útero, vulva, leucemia mielóide. Além disso, também contribui significativamente nos casos de doença broncopulmonar obstrutiva crônica (DBPOC), agravamento da asma, doenças cardiovasculares (25% dos casos de cardiopatia isquêmica, aterosclerose, acidente vascular cerebral, aneurisma, tromboangite obliterante), digestivo (refluxo gastroesofágico, úlcera péptica, doença de Crohn, cirrose hepática), genitourinário (disfunção erétil, infertilidade, hipogonadismo, nefrite), alterações materno-infantis,

(infertilidade, abortamento espontâneo, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, pré-eclampsia, gravidez tubária, baixo peso ao nascer, parto prematuro, natimortos, mortalidade neonatal, malformações congênitas, prejuízo no desenvolvimento mental em idade escolar). Somam-se a estes, a possibilidade de ainda muitos outros malefícios, como por exemplo, envelhecimento da pele, psoríase, osteoporose, artrite reumatoide, doença periodontal, cárie, estomatites, leucoplasias, língua pilosa, pigmentação melânica, halitose, queda das defesas imunitárias. As repercussões sócio-econômicas são inúmeras: desvio de renda, gerando menores gastos com as necessidades básicas, perda de produtividade, absenteísmo no trabalho, gastos em assistência médica, invalidez e morte precoce (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2011; BRASIL. Ministério da Saúde, 2015; BRASIL. Ministério da Saúde. INCA, 2001; BIANCHINI; GLASENAPP, 2011).

A motivação do fumante é um fator essencial de se trabalhar no processo de cessação e justamente o maior desafio, sendo uma condição imprescindível para iniciar o tratamento e sua ausência praticamente elimina as expectativas de abstinência. Favorece a reflexão para a tomada de decisões a respeito de mudança de comportamento. O estilo e abordagem do profissional podem influenciar sensivelmente nesta motivação (REICHERT et al, 2008). A identificação de qual estágio motivacional o usuário se encontra é de extrema importância no momento de se elaborar estratégias para intervenções. Cabe ao profissional de saúde, auxiliar o indivíduo na mudança de estágio de motivação em direção à cessação do tabaco. A meta deve ser alcançar o estágio motivacional adjacente: as estratégias de abordagem, portanto, variam dependendo do estágio motivacional (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

Dentre as várias estratégias de promover mudanças de comportamento, uma técnica tem potencial de ser bastante útil às equipes de APS como forma de melhorar resultados nas intervenções relacionadas ao combate ao tabagismo. A Entrevista Motivacional (EM) é um método comunicativo, centrado na pessoa, apropriado para mobilizar a mudança em relação a comportamentos disfuncionais. Inicialmente foi utilizada no tratamento de condições de adição de álcool e drogas, porém, ao longo do tempo tem sido utilizada em várias situações de saúde, sobretudo nas doenças crônicas, onde mudanças comportamentais e adesão são o foco do tratamento. Quando direcionada ao uso do tabaco, a EM é uma técnica de abordagem focada no fumante que se propõe a ajudar a resolver as ambivalências

relativas ao tabagismo e a mudar o estágio comportamental. Durante a EM deve-se construir um cenário comunicativo entre paciente e profissional de saúde, de modo a criar um ambiente favorável para a verbalização de conflitos, medos e expectativas (REICHERT et al, 2008).

Embora a Entrevista Motivacional seja uma das formas de tratamento que mais tem demonstrado resultados no campo dos comportamentos aditivos nos últimos anos, esses resultados nem sempre são tão satisfatórios quando falamos de dependentes, principalmente os graves, do tabaco. No entanto, verifica-se que ainda não existem pesquisas capazes de avaliar com segurança a eficácia ou efetividade da entrevista motivacional nos tabagistas, já que a metodologia e as amostras utilizadas são muito diversas, sendo difícil uma comparação e uma generalização de seus resultados. O fato de a Entrevista Motivacional não parecer funcionar para tabagistas graves não significa que essa abordagem, com um número ampliado de sessões ou associada a outras terapêuticas, como tratamento farmacológico combinado, não possa ser mais efetiva no tratamento dessa clientela. Assim, é necessário que sejam realizadas novas pesquisas para avaliar a entrevista motivacional em populações de tabagistas, pois seus resultados podem tornar possível a instrumentalização dos terapeutas para o aumento das taxas de sucesso em suas práticas clínicas (MELO et al, 2008).

A magnitude do tabagismo mostra o quanto é relevante produzir e avaliar novas tecnologias custo-efetivas para o tratamento deste problema, de modo que os profissionais de saúde possam ter mais alternativas no manejo a este desafio. É necessária a oferta de novas ferramentas, com comprovação de evidências, especialmente no cenário da APS e do SUS.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a eficácia da EM em grupos de tabagismo na APS, comparando à abordagem tradicional. Dessa maneira, pode-se contribuir com evidências que forneçam uma tecnologia leve, factível e adequada à política oficial de enfrentamento ao tabagismo do nosso sistema de saúde.

4 REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com a organização Mundial da Saúde (OMS), que refere ao tabaco importância fundamental nos indicadores das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), estas são responsáveis por 63% de um total de 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a), com concentração significativa em países de média e baixa renda. No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes, tendo sido responsáveis, em 2007, por 72,0% do total de mortes, com destaque para as doenças cardiovasculares, neoplasias, problemas respiratórios e diabetes (SCHMIDT et al, 2011).

Embora tenha havido uma diminuição no consumo do tabaco nos países desenvolvidos, a prevalência global tem aumentado às custas dos países em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta – 1 bilhão e 200 milhões de pessoas – seja fumante, sendo que 80% delas estão nos países menos desenvolvidos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

Mesmo sendo o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco, o Brasil tem conseguido desenvolver ações para controle do tabagismo fortes e abrangentes, o que tem lhe conferido o reconhecimento de liderança internacional nessa área, conseguindo diminuir o seu número de fumantes ao longo dos anos. Mesmo assim, devido ao perfil de vulnerabilidade de grande parte da população, ofácil acesso, sobretudo aos jovens, preço acessível e mercado ilegal, colocam grandes desafios a serem enfrentados (CAVALCANTE, 2005).

Em 2013, a pesquisa nacional Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) encontrou uma prevalência de fumantes na população com 18 anos ou mais de, respectivamente, 11,3% (14,4% do sexo masculino e 8,6% do sexo feminino) no Brasil. Porto Alegre destacou-se como sendo a capital com maior prevalência de fumantes (16,5%), sendo 18,7% entre os homens e 14,7% entre as mulheres. Além disso, mostrou ter o maior percentual dos que usam mais que 20 cigarros por dia (6,7%) (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014). Já o Vigitel de 2016 aponta uma frequência do tabagismo de 10,2% entre adultos nas capitais brasileiras (12,7% no sexo masculino e 8,0% no sexo feminino). A frequência de adultos que fumam variou entre 5,1% em Salvador e 14,0% em Curitiba. Porto alegre, neste

levantamento, apresentou taxa de 13,6% (17,4% nos homens e 10,5% nas mulheres). Em relação aos usuários de mais de 20 cigarros por dia, variou entre 0,3% em Manaus e 4,3% em São Paulo. Entre os homens, as maiores frequências foram observadas em Porto Alegre e São Paulo (6,5%). Já entre as mulheres, foi maior no Rio de Janeiro (3,2%) (BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017). Apesar da queda progressiva do seu uso, o tabaco ainda gera um alto custo social e econômico para o país. A partir de dados de prevalência de 2008, o gasto calculado em saúde atribuído ao tabagismo foi R\$ 20,68 bilhões. O tabaco foi responsável por 13% do total de mortes no Brasil, reduzindo a expectativa de vida do brasileiro fumante em cinco anos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

Em relação ao território de cobertura das unidades de atenção primária do Serviço de saúde Comunitária (SSC) do GHC, na zona norte de Porto Alegre, estima-se que a população de tabagistas, entre os maiores de 18 anos, esteja em torno de 20 mil pessoas. O serviço é composto de 12 equipes multiprofissionais que desenvolvem atividades de assistência à sua população dentro dos princípios dos cuidados primários (BIANCHINI; GLASENAPP, 2011; BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária, 2009).

Considerando-se a relevância do consumo do tabaco e a magnitude dos seus mais diversos problemas, é cada vez mais necessário discutir estratégias de combate a este problema. O âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) é um cenário importante no enfrentamento desta epidemia, ocupando uma posição privilegiada e estratégica para controle do tabaco dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O cuidado à pessoa que fuma, além da sua prevenção, faz parte dos seus atributos. Os profissionais do nível primário assumem um papel de destaque nesse cenário já que, a partir da oferta de cuidado longitudinal, integral e mais próximo ao usuário, se encontram em posição privilegiada para o fortalecimento do vínculo, aumentando sensivelmente a efetividade e os resultados (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

O Grupo Internacional de Cuidados Primários Respiratórios (IPCRG), entidade não governamental de caráter científico, publicou recentemente uma revisão atentando para o papel importante da atenção primária no tratamento do tabagismo e suas condições associadas. Destaca que em muitos países, o único lugar onde os fumantes têm acesso ao suporte para estas patologias é no âmbito dos

cuidados primários. Há evidências fortes de intervenções custo-efetivas na atenção primária, porém muitas oportunidades para colocar isso em prática são perdidas. Cita o variado conhecimento e experiência específica deste segmento na abordagem ao tabaco, defendendo o uso racional de novas evidências e uma abordagem bio-psico-social e holística ao problema. Embora muitos profissionais, por diversos motivos, às vezes relutem em prestar este aconselhamento, com receio de dar conselhos que possam ser indesejáveis aos pacientes, a maioria dos fumantes que têm um médico de família e acessam profissionais de atenção primária sentem-se mais satisfeitos ao terem este problema abordado nas consultas. Portanto, estes profissionais têm papel fundamental em desencadear as tentativas de interrupção do tabagismo nas pessoas sob seu cuidado. Na realidade das desigualdades em saúde e a associação entre baixo nível sócio-econômico, uso do tabaco e morte prematura, médicos da APS prescrevem prontamente anti-hipertensivos e estatinas, enquanto a eficácia para prevenir a morte é muito melhor com tratamento para cessação do tabagismo (VAN SCHAYK et al, 2017).

Portanto, é sob esta ótica que, desde 1989, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e desenvolve diversos tipos de ações intersetoriais, com várias entidades da sociedade civil organizada, envolvendo também setores não governamentais, sobretudo, das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde (CAVALCANTE, 2005). O INCA desenvolveu ações de descentralização do programa e publicações, com o objetivo de auxiliar e normatizar a abordagem e tratamento do fumante no país. Deste modo, elaborou o seu consenso, determinando, de acordo com os padrões internacionais de evidências e recomendações da OMS, que a estratégia para o controle do tabagismo deve ser através de grupos estruturados, seguindo a abordagem cognitivo-comportamental (BRASIL. Ministério da Saúde. INCA, 2001).

Em consonância com o PNCT, o Serviço de Saúde Comunitária (SSC), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), implantou uma ação programática especificamente voltada para este problema desde 2005. Iniciou a partir do treinamento progressivo de seus profissionais e desenvolve grupos de cessação do tabagismo, em suas 12 unidades de saúde. A programação das atividades segue a

abordagem cognitivo-comportamental preconizada pelo INCA e consiste de, pelo menos 4 sessões em grupo, além de abordagem individual e prescrição de medicação quando indicada (BRASIL. Ministério da Saúde. INCA, 2001; BIANCHINI; GLASENAPP, 2011).

O tabagismo é classicamente entendido como um fenômeno aditivo, relacionado à dependência da nicotina. Porém tem sido considerado um dos comportamentos aditivos mais difíceis de tratar, dada a quantidade de fatores que estão envolvidos na gênese, desenvolvimento e manutenção da sua dependência, que incluem desde condicionamentos e estados de humor até fatores genéticos e sociais (MELO et al, 2008).

A dependência à nicotina conta com três componentes básicos:

- 1) Dependência física, responsável por sintomas de abstinência;
- 2) Dependência psicológica, responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio ou um mecanismo de adaptação para lidar com sentimentos de solidão e frustração com as pressões sociais;
- 3) Condicionamento, representado por associações habituais com o fumar, como tomar café, trabalhar, dirigir, consumir bebidas alcoólicas, fumar após as refeições e outras (BRASIL. Ministério da Saúde. INCA, 2001).

Desta forma, o fumante procura o cigarro por uma variada gama de situações, não apenas por questões fisiológicas, relacionadas a liberação de neurotransmissores pelos efeitos da nicotina, como também por uma regulação de sua situação emocional, atribuindo a isso, uma sensação de bem-estar, melhora de funções cognitivas, encarando muitas vezes o cigarro como um “parceiro” para o enfrentamento de situações estressantes, fazendo parte do seu contexto comportamental, influenciando seus hábitos. De acordo com todas estas questões, o INCA adotou como eixo fundamental do tratamento ao tabaco, a recomendação da abordagem cognitivo-comportamental juntamente com apoio de farmacoterapia, em seu consenso. Esta abordagem tem o objetivo de combinar intervenções cognitivas no treinamento de habilidades comportamentais nos pacientes, desenvolvendo estratégias de enfrentamento do problema e detectando situações de risco, mobilizando o sujeito para o seu próprio processo de mudança. Ajuda a corrigir disfunções cognitivas e alterações comportamentais em situações específicas (BRASIL. Ministério da Saúde. INCA, 2001).

Existem formas diversas de praticar o aconselhamento e abordagens cognitivo-comportamentais. O aconselhamento mínimo deve ser oferecido por todos os profissionais de saúde em suas consultas de rotina, pois, apesar de seu efeito ser relativamente pequeno, essa intervenção pode ter um importante impacto em termos de saúde pública, devido ao grande número de fumantes que são rotineiramente atendidos por profissionais de saúde. Estudos mostraram taxa estimada de abstinência de 10,9% nas pessoas que tentam parar sozinhas, enquanto que com aconselhamento mínimo, 13,4%. Com uma abordagem de 3 a 10 minutos, 16% e no modo intensivo, 22,1%. As abordagens mais intensivas, superior a dez minutos, são mais indicadas sempre que factível, idealmente na forma de grupos estruturados, em quatro sessões semanais, com duração de noventa minutos, como preconizado pelo INCA (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2011).

Segundo o Consenso do INCA, os tipos de abordagens Cognitivo-Comportamental são:

- 1) Abordagem breve/mínima- PAAP- Perguntar e Avaliar, Aconselhar e Preparar: essa abordagem é feita sem acompanhamento no processo, podendo ser feita durante consulta de rotina de qualquer profissional de saúde, com duração de três minutos.
- 2) Abordagem Básica – PAAPA- Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar: é feita com acompanhamento e também pode ser feita nas consultas de rotina, com duração de, no mínimo, três minutos e, no máximo, cinco minutos. É mais recomendada que a anterior, porque prevê o retorno do paciente para acompanhamento.
- 3) Abordagem específica/intensiva: pode ser feita individualmente ou em grupos, aconselhando os fumantes motivados ou os que já tentaram parar de fumar, mas não tiveram sucesso. Deve ter duração superior a dez minutos. É a abordagem mais indicada, sempre que factível, por apresentar as maiores taxas de sucesso para cessação definitiva do tabagismo. Foi preconizada como abordagem ideal para ser desenvolvida em grupos estruturados. Ela é composta por quatro sessões, uma sessão por semana, onde esse total de sessões deve ser de noventa minutos. Esse tipo de abordagem é utilizado pelos grupos de cessação de tabagismo em todo o programa nacional de combate ao tabagismo.
- 4) Abordagem dos fumantes que tiveram lapso ou recaídas após uma abordagem básica/mínima: esses devem retornar para abordagem básica. Outro ponto essencial

é o entendimento da função exata dos medicamentos no processo de cessação de fumar. Atualmente, a eficácia de alguns medicamentos tem levantado um grande interesse na utilização dos mesmos. No entanto, a intensa publicidade desses medicamentos tem induzido a ideia de que eles representam uma “fórmula mágica” para deixar de fumar. É preciso enfatizar que eles atuam como coadjuvantes no processo de cessação de fumar, pois ao minimizar os sintomas físicos da síndrome de abstinência, facilitam as mudanças de comportamento que o fumante deve incorporar no seu dia-a-dia sem o cigarro. O principal instrumento para a Avaliação Quantitativa da pessoa tabagista é o Questionário de Tolerância de Fagerström. Este instrumento fornece uma medida quantitativa, de 0 a 10 pontos, que avalia o grau de dependência física à nicotina, incluindo o processo de tolerância e a compulsão: quanto maior o escore obtido, maior o grau de dependência física (BRASIL. Ministério da Saúde. INCA, 2001; BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

A motivação é, sem dúvida, o principal fator envolvido no processo de cessação do tabagismo. Entende-se por motivação como uma “força interna” que leva a pessoa à ação e, no campo dos cuidados em saúde, pode ser entendida como o estado de prontidão ou de avidez para uma determinada mudança (ou manutenção). Prochaska, DiClemente e Norcross desenvolveram em 1992 um Modelo de Avaliação do Grau de Motivação para a Mudança, descrevendo etapas que podem ser identificadas no discurso da pessoa quando indagada acerca de sua vontade de mudança de hábito e de seus planos para buscar tratamento (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015). Assim, o profissional em contato com o tabagista pode identificar os elementos que definem o grau de motivação do usuário e pensar estratégias apropriadas para ajudá-lo em seu processo. As fases motivacionais são:

- 1) Pré-contemplanção: não está pensando em parar de fumar;
- 2) Contemplanção: está pensando em parar de fumar um dia, mas não está pronto para a ação;
- 3) Preparação: pensando em marcar uma data, mas ainda não tem esta definida;
- 4) Ponto para ação: quer parar dentro de 30 dias;
- 5) Manutenção: parou de fumar e precisa manter-se abstinente;
- 6) Recaída: falha na manutenção e retorno aos hábitos anteriores (BRASIL. Ministério da Saúde. INCA, 2001; BRASIL. Ministério da Saúde, 2015; REICHERT et al, 2008).

A motivação pode também, por sua vez, ser um dos principais obstáculos encontrados na tentativa de interromper o uso do tabaco. Durante muito tempo, acreditou-se que a resistência era o resultado de traços de personalidade nocivos e que os pacientes são em si mesmos desmotivados para a mudança, principalmente quando falamos de comportamentos aditivos. Contudo, crê-se atualmente que a motivação não deve ser pensada como um problema de personalidade, e sim como um estado que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para outra (MELO et al, 2008).

Examinando as características de pré-tratamento de fumantes que entram em intervenções de aprimoramento motivacional, viu-se que as condições adversas de saúde relacionadas ao tabagismo foram os principais preditivos de mudança dos estágios motivacionais. Fornecimento de informações personalizadas a este respeito aumentam as probabilidades para esta mudança (COPELAND, 2016).

Cabe ao profissional, ou equipe que presta os cuidados às pessoas expostas ao tabaco, utilizar as estratégias de motivação mais adequadas ao contexto da pessoa, dentro das suas singularidades. É uma característica dos tabagistas, estarem ambivalentes em relação à cessação do hábito. Ao mesmo tempo em que reconhecem todo o potencial de morbidade relacionado ao tabaco, sentem-se inseguros com a hipótese de ficarem sem este, pois vêm nele um apoio emocional e um possível auxílio em suas dificuldades (MESQUITA, 2014).

Dentre as muitas estratégias, a Entrevista Motivacional apresenta-se como uma intervenção apropriada, não apenas do ponto de vista individual, mas também potencialmente em grupos, no ambiente dos cuidados primários. A EM é uma forma de entrevista clínica, centrada na pessoa, cujo objetivo é trabalhar e aumentar a motivação do usuário para mudança de comportamento, geralmente referente a mudanças de hábitos de vida, comportamentos disfuncionais e adesão a tratamentos. O método foi inicialmente desenvolvido por Miller e Rollnick em 1983, como uma intervenção breve em alcoolismo (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). No princípio, os autores, quando a utilizaram em pacientes usuários de álcool e outras drogas, que apesar de estarem em situações de vida muito complicadas e com consequências devastadoras, observaram que sua ambivalência era marcante e tinham grande dificuldade de mudança de comportamento. Sua abordagem era voltada aos conselheiros destes pacientes, notando que preleções, argumentações e advertências não funcionavam com pessoas ambivalentes, sendo necessário um

método diverso e mais suave, que usasse de sintonia para explorar este sentimento. De fato, as dificuldades com a ambivalência em relação à mudança não são específicas da drogadição, mas sim características da condição humana (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

A partir desta premissa, a EM foi sendo aperfeiçoada e ampliando seu público-alvo, tratando-se de uma evolução no campo do tratamento da clínica das dependências químicas. Até o momento, as abordagens destes problemas centravam-se na ideia de que só poderiam ajudar o paciente se este “desejasse”, não levando em conta o fato de que a hesitação é inerente à condição humana. Nem todos estarão preparados para mudança de comportamento imediata e, para estes, a EM se propõe a ajudar a resolver sua ambivalência, buscando não apenas a abstinência, mas sim uma reabilitação como pessoa (FIGLIE; GUIMARÃES, 2014).

A entrevista motivacional é uma abordagem terapêutica que utiliza um modo particular de ajudar as pessoas a reconhecerem e fazerem algo a respeito de seus problemas presentes ou potenciais. É uma importante ferramenta utilizada para trabalhar a ambivalência, presente na maioria dos comportamentos aditivos, de uma forma mais persuasiva do que coerciva (MELO et al, 2008). Portanto, está adequada a sua aplicação em grupos de tabagismo, onde apesar do integrante estar pronto para ação, ainda tem as ambivalências inerentes a esta patologia.

Ao longo dos anos 90, a EM começou a ser testada com outros problemas de saúde, particularmente doenças crônicas nas quais as modificações comportamentais fossem fundamentais. Foram realizados ensaios positivos no tratamento de doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, psicose, jogo patológico e tratamento e prevenção de problemas relacionados ao HIV. Por ativar a própria motivação inerente ao indivíduo para mudança e adesão, vários pacientes expostos a EM foram considerados mais prováveis de começar, permanecer e concluir tratamentos, além de melhorarem diversos comportamentos em relação às suas condições clínicas. Nem todos os ensaios foram positivos, e o tamanho do efeito varia bastante. O mito do paciente desmotivado, quando este parece não seguir os conselhos profissionais faz supor que há algo de errado com o paciente e não se possa fazer nada a respeito. Estas suposições geralmente são falsas. A maneira como se fala com estes, pode influenciar substancialmente sua motivação pessoal para mudar seu comportamento (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

O tabagismo, assim como os comportamentos aditivos em geral, historicamente trazem uma carga de estigma moral da sociedade muito significativa, sendo capaz de ter influências no encontro terapêutico. Mais recentemente, o modelo médico impôs o rótulo de viciado e portador de doença ao adicto, sendo o primeiro passo para sua cura, a aceitação de que é um doente. Este tipo de abordagem ainda é predominante no meio médico e utilizada nos Alcoólicos Anônimos e seus derivados. Este tipo de confrontação não é eficaz e, pelo contrário, acaba sendo contraproducente. Obrigar um drogado ou alcoólatra a aceitar sua doença provoca minimização ou negação imediata do problema (MESQUITA, 2014).

A EM não é uma técnica para convencer as pessoas a mudarem, e sim para mobilizar os seus próprios potenciais de mudança. Envolve mais orientar do que direcionar, ouvir tanto quanto falar. Por isso, foi descrita como um método colaborativo, evocativo, e com respeito à autonomia. Colaborativo porque se baseia em uma parceria cooperativa entre paciente e profissional, centrado na pessoa, com participação ativa do sujeito visando um processo decisório em conjunto. Evocativo porque busca mobilizar nestes as suas próprias razões de mudança, sem ser prescritivo, buscando seus recursos e valores próprios. O respeito pela autonomia se dá pela aceitação de que as pessoas podem fazer suas próprias escolhas e o respeito a elas facilita o processo de mudança (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

A prática da EM segue 4 princípios orientadores:

- 1) Resistir ao reflexo de consertar as coisas: é habitual ao profissional de saúde querer persuadir o paciente mudar o que ele julga disfuncional. Porém, há uma grande probabilidade de gerar um efeito paradoxal, aumentando a resistência e ambivalência, fazendo o paciente “defender” o seu estado comportamental.
- 2) Entender e explorar as motivações do paciente: deve haver interesse e consideração pelas preocupações, valores e motivações das pessoas, evocando as suas próprias razões de mudança.
- 3) Escutar com empatia: o profissional deve praticar escuta qualificada, sem ser apenas informativo. Muitas vezes a expectativa é receber respostas, mas é preciso encontrar as respostas que estão dentro do próprio indivíduo.
- 4) Fortalecer o paciente: os resultados são melhores quando o indivíduo tem interesse e papel ativo no seu próprio tratamento. O papel do profissional é o de ser

um facilitador, promovendo o empoderamento do sujeito enquanto seu próprio agente de mudança (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Existem evidências do uso da EM em várias condições de saúde. Estudos e metanálises comprovaram sua utilidade em várias situações em APS, mostrando incremento em hipertensão, perda de peso, comportamentos aditivos, assim como em adesão e diferentes mudanças de comportamento em relação aos cuidados primários (VANBUSKIRK; WHTERELL, 2014).

No campo do tabagismo, diversos estudos foram feitos, porém geralmente comparam a EM com aconselhamento breve. Encontram-se melhores resultados com entrevista motivacional especialmente entre aqueles que não estão “prontos para mudar”, no entanto, em geral, abordagem mais intensiva pode produzir melhores resultados (BUTLER et al, 1999).

Revisão sistemática e metanálise mais recente sugerem que o emprego desta técnica pode ser vantajoso, especialmente para adolescentes e adultos. Porém, seu universo é de uma população muito variada, sendo difícil sua generalização para os cenários da nossa realidade local (HECKMAN; EGLESTON; HOFMANN, 2010).

Mesmo entre os tabagistas considerados com baixo desejo de parar, verificou-se que a EM foi geralmente mais eficaz em comparação com aconselhamento breve, embora não tenha sido superior a outras abordagens intensivas de educação em saúde, segundo ensaio clínico realizado em Kansas City (CATLEY et al, 2016). Estudos em fumantes de grupos de risco, tais como presidiários, “sem-teto”, jovens vulneráveis, indígenas, população de baixa renda e pessoas com doença mental, demonstraram uma crescente base de evidências em relação a uma variedade de intervenções comportamentais, incluindo EM. Os resultados foram melhores a curto prazo, sobretudo nos grupos de baixo nível sócio-econômico e sofrimento mental. A OMS, inclusive, recomenda necessidade urgente de melhorar a oferta de cuidados de cessação tabágica a estes grupos desfavorecidos (WILSON et al, 2017).

A revisão mais recente da Cochrane de 2015, também comparou EM com abordagem breve ou usual em cenários com diversos tipos de profissionais. Os resultados mostram um aumento modesto nas taxas de cessação do tabaco em geral (RR=1,26). Na análise de subgrupos, quando aplicadas por médicos de cuidados primários, o resultado foi melhor (RR=3,49). No entanto, os resultados devem ser

interpretados com cautela, devido às variações na qualidade e heterogeneidade dos estudos, e a possibilidade de viés de publicação (LINDSON-HAWLEY; THOMPSON; BEGH, 2015).

Ensaio clínico demonstram eficácia mesmo em formas alternativas de EM, além do aconselhamento individual presencial, em comportamentos aditivos em geral. A forma de EM por telefone encontrou bons resultados, enquanto outras modalidades à distância tiveram resultados controversos (JIANG; WU; GAO, 2017). Metanálise atual em relação a abuso de substâncias, comparou EM (avaliando motivação intrínseca) com Gerenciamento de Contingência (uma técnica de recompensa ou ganho secundário pela abstinência, que se refere a motivação extrínseca). As conclusões, embora as limitações estatísticas do estudo apontam que ambas as abordagens resultaram em redução do uso de variadas substâncias, incluindo tabaco. Os efeitos desta segunda abordagem pareceram ser relativamente grandes, mas menos duradouros, enquanto que com a EM, foram menores, porém com abstinência mais a longo prazo (SAYEGH et al, 2017).

Uma revisão sistemática sobre estudos que vêm sendo realizados no Brasil mostra que a EM vem sendo aplicada em diversos contextos clínicos, na maioria relacionados ao uso de drogas, no formato individual e, usualmente, associada a outras técnicas ou abordagens como tratamento complementar. Sobre os profissionais que realizam a intervenção, não fica claro a formação, o tipo e tempo despendido ao treinamento dos princípios e espírito da EM. Alguns resultados demonstram que ela aumentou a motivação no processo de mudança e reduziu comportamentos aditivos. Ainda se fazem necessários mais estudos para verificação da efetividade desta técnica no Brasil, especialmente se o seu acréscimo pode favorecer o aumento da resposta a terapias já bem estabelecidas. Necessita-se também, verificar quais componentes da EM são responsáveis pelos resultados obtidos ao final da intervenção, bem como pela manutenção dos efeitos positivos no seguimento (ANDRETTA et al, 2014).

5 METODOLOGIA

5.1 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado no Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição, zona norte de Porto Alegre, nas 12 unidades de saúde que compõem este serviço. São elas: US Conceição, Floresta, Divina Providência, Sesc, Barão de Bagé, Leopoldina, Parque dos Maias, Jardim Itu, Santíssima Trindade, Nossa Senhora Aparecida, Coinma, Costa e Silva.

Estas equipes desenvolvem um trabalho de atenção multidisciplinar, dentro dos princípios da APS, e promovem, desde 2005, grupos de cessação do tabagismo, seguindo as normas do INCA e do Ministério da Saúde, que definiu a abordagem em grupos como estratégia de tratamento à dependência ao tabaco. Cada unidade desenvolve um trabalho de sensibilização e chamamento, definindo grupos de acordo com o comparecimento espontâneo dos pacientes. Desenvolvem um programa de abordagem cognitivo-comportamental, de no mínimo 4 sessões, podendo variar este número de acordo com o contexto do grupo ou da equipe coordenadora. Além de todas as 12 unidades, está ligada ao Programa de Tabagismo do SSC uma coordenação, no seu setor de monitoramento e avaliação. A meta do serviço é de que cada unidade realize no mínimo 1 grupo por trimestre, ou pelo menos 3 ao ano.

5.2 Tipo de Estudo

Foi realizado um ensaio clínico comunitário randomizado. A intervenção em estudo é a Entrevista Motivacional e seu impacto nos grupos de tabagismo. Para isto, foi feita uma randomização por cluster entre as unidades, através de uma tabela de números aleatórios computadorizada, que resultou em dois grupos, onde um é o grupo intervenção e o outro, o grupo controle (abordagem convencional). Após 11 meses de realização de grupos no SSC, foi feita a comparação dos dados.

5.2.1 Randomização

Para evitar a contaminação entre os grupos (profissionais e pacientes), a randomização se deu por unidade de saúde (*cluster*), através de uma tabela de números aleatórios gerada em computador, por um dos pesquisadores acompanhado de duas testemunhas externas ao estudo. Assim, os profissionais de cada Unidade foram treinados para a mesma intervenção. Dessa forma, caso os usuários conversem ou troquem ideias em sala de espera ou mesmo entre parentes e vizinhos sobre a abordagem recebida, não haverá viéses por estarem todos no mesmo grupo.

O estudo é cego, uma vez que os pacientes não saberão qual abordagem estarão recebendo.

5.2.2 A Intervenção

De acordo com a randomização, metade das equipes receberam a intervenção (EM), que se deu através de um treinamento ofertado aos profissionais destas unidades que compõem o grupo de tabagismo. Os profissionais randomizados foram convidados a participar do estudo através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e receberam o treinamento para EM. Para ministrar o treinamento, foi convidada uma profissional especializada em EM, com formação no centro Americano dos autores da abordagem, Miller e Rollnick, além da participação de profissionais do serviço que já fizeram esta capacitação em outras oportunidades. Tais treinamentos aconteceram em horário de trabalho, com uma carga horária total de 8 horas, divididas em 2 turnos de 4 horas, conforme combinação e autorização prévia da gerência do SSC-GHC, associada à disponibilidade do profissional.

A capacitação foi realizada nos dias 22 e 29 de junho de 2016, iniciando às 8:00 horas e finalizando às 12:00 horas, sendo específica para os integrantes do programa do tabagismo do SSC-GHC, das unidades incluídas no grupo intervenção do estudo. Para contemplar os trabalhadores do turno da tarde, foi repetida das 14:00 às 18:00 horas, nos mesmos dias citados acima, desta maneira todos os profissionais tiveram acesso ao mesmo treinamento.

No final do estudo, previsto para o final de 2017, de acordo com os resultados, todos os demais profissionais do serviço receberão numa segunda etapa o mesmo treinamento, de modo a poder optar pela utilização da técnica, de acordo com a demonstração de superioridade sobre a tradicional.

A Entrevista Motivacional é um método de comunicação diretivo, centrado na pessoa, cujo objetivo é aumentar a motivação intrínseca para a mudança pela exploração e resolução da ambivalência.

Ao lançar mão desta abordagem o profissional ajuda os pacientes a se sentirem envolvidos no controle de sua saúde e autocuidado. O uso da EM é especialmente interessante para os profissionais da área da saúde que atendem pessoas que necessitam aumentar a adesão ao plano de tratamento, mudar hábitos inadequados ou comportamentos não saudáveis.

Em essência, a Entrevista Motivacional orienta os pacientes a convencerem a si próprios sobre a mudança necessária (SILVA, 2009). Para encaminhar “a conversa sobre a mudança” do comportamento-alvo com os pacientes o profissional deve levar em conta os quatro princípios orientadores da Entrevista Motivacional: (a) resistir ao reflexo de “consertar as coisas”; (b) entender e explorar as motivações do paciente; (c) escutar com empatia; e (d) fortalecer o paciente, estimulando a esperança e o otimismo (SILVA, 2009).

O treinamento oportuniza o conhecimento sobre a teoria, o espírito, os princípios básicos e as estratégias utilizadas na Entrevista Motivacional. A ênfase é na compreensão da estrutura conceitual que sustenta a EM baseada nas evidências disponíveis sobre a eficácia dos treinamentos em Entrevista Motivacional (MILLER et al, 2004).

O foco é uma das habilidades específicas da EM que é provocar a “conversa sobre mudança”, que segundo Miller e Rollnick (2002), é considerada a etapa que antecede a ação para mudança de comportamento.

O treinamento permite que o profissional:

- Informe-se sobre os processos normais envolvidos na mudança de comportamento e o papel da motivação e ambivalência.
- Compreenda o espírito, os princípios e os métodos da Entrevista Motivacional.
- Reconheça e acompanhe a resistência do paciente.
- Use as habilidades da escuta reflexiva para promover a mudança.

- Adquirir experiência, através da demonstração e da prática de exercícios.
- Aprenda e pratique as habilidades de comunicação que são úteis no desenvolvimento de relações de confiança e de colaboração com os pacientes e que ajudam a aumentar o seu interesse em realizar mudanças.

Após a conclusão do treinamento, espera-se que os participantes sejam capazes de:

- Reconhecer e utilizar os componentes da Entrevista Motivacional.
- Reconhecer e empregar os diferentes tipos de Reflexão.
- Distinguir as técnicas para "acompanhar" a resistência.
- Descrever as técnicas para explorar discrepância no paciente.
- Reconhecer e utilizar as técnicas para provocar "conversa sobre mudança".

O treinamento é apresentado em um formato experiencial, com orientações práticas para temas como: uso de habilidades de comunicação empática, uso de reflexão simples e avançada para trabalhar com a resistência e ambivalência, desenvolver discrepância, escutar e provocar a "conversa sobre mudança".

O uso dos princípios da motivação, métodos e estratégias são apresentados através de uma combinação de palestras, estudos de casos, vídeo e exercícios em duplas e em pequenos grupos.

Ao final do treinamento, e posteriormente no final do estudo, o participante recebe uma folha contendo instrumentos propostos que permitirá observar se o mesmo atingiu o domínio de habilidades básicas específicas da EM. Diversas pesquisas têm examinado sistematicamente a utilização de supervisão após treinamentos de Entrevista Motivacional para melhorar e manter as habilidades adquiridas.

Miller et al (2004) conduziram um estudo randomizado comparando cinco condições de treinamento e apenas o grupo que recebeu treinamento + acompanhamento/supervisão manteve e/ou ultrapassou a proficiência na EM após quatro meses do treinamento inicial. Os estudos de seguimento após treinamento em EM sugerem que a supervisão clínica continuada pode ser um método eficaz para disseminar as competências dos profissionais recém-treinados (MASTROLEO et al, 2010).

5.2.3 Grupos em Estudo

Grupo Intervenção: nesse grupo, composto pelas 6UBSs randomizadas, os profissionais que coordenam os grupos de tabagismo receberam o treinamento, aplicando a técnica proposta como recurso adicional ao trabalho de motivação e abordagem cognitivo-comportamental habitualmente realizados nos grupos, porém, com abordagem baseada na Entrevista Motivacional. Estas unidades foram as seguintes: SESC, Jardim Leopoldina, Parque dos Maias, Jardim Itu, Nossa Senhora Aparecida, COINMA.

Grupo Controle: nesse grupo composto pelas demais 6UBSs randomizadas, os profissionais utilizaram apenas a abordagem tradicional cognitivo-comportamental preconizada pelo Ministério da Saúde, sem terem recebido neste primeiro momento o treinamento em EM e portanto, sem utilizá-la. Estas foram as seguintes unidades: US Conceição, Floresta, Divina Providência, Barão de Bagé, Santíssima Trindade, Costa e Silva.

5.3 Universo e Amostragem

A população do estudo foi composta de adultos, tabagistas, todos participantes dos grupos de tabagismo desenvolvidos nas unidades, durante 11 meses, a partir de julho de 2016, sendo a amostra a totalidade dos indivíduos participantes de todos os grupos realizados em todas as unidades durante este período. Não há critérios de exclusão dentre os participantes.

Para efeitos de estimativa de tamanho amostral, baseou-se nos resultados do programa nos anos de 2014 e 2015. No primeiro ano citado, foram realizados o total de 45 grupos no SSC, abrangendo um total de 326 pacientes que participaram da primeira sessão, a qual define o início do grupo. Destes, 203 compareceram à quarta sessão, sendo que 167 haviam relatado ter parado de fumar, resultando em 51% de taxa de abandono (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária, 2015a). Já em 2015, foram realizados 43 grupos, com 329 usuários na primeira sessão. Destes, 221 chegaram ao quarto encontro e 168 estavam sem fumar nesse momento, perfazendo um total de 51% de cessação do tabaco (BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária, 2015b).

Estimou-se que para aumentar as taxas de cessação dentre os participantes dos grupos de tabagismo do SSC acrescidos da EM em 20%, considerando um nível de significância de 5% e poder estatístico de 80%, a amostra deveria ser de 206 pacientes, dividindo-se a metade para cada grupo em estudo.

5.4 Instrumentos

As variáveis utilizadas foram o número de grupos realizados por cada grupo em estudo, quantidade de pacientes que participaram de, pelo menos, uma das sessões dos grupos e aos encontros subsequentes, o número de sessões e o número de pessoas que compareceram à quarta sessão (definidora do final do grupo) e dentre estes, o número de usuários do grupo que não estão fumando na quarta sessão, o escore do teste de Fagerström, número de pacientes que usaram medicação Adesivo de Nicotina ou Bupropiona.

Estes dados foram extraídos através do sistema de informações do programa do tabagismo do SSC (Anexo A), disponibilizado pelo setor de monitoramento e avaliação deste serviço. O programa, por sua vez, segue os registros nos moldes do INCA e da coordenação da gestão municipal dos agravos não transmissíveis. As equipes das unidades são responsáveis por inscrever cada grupo no sistema e fornecer, a cada trimestre, relatório contendo tais dados, que são divulgados no sistema de informações do SSC e repassados ao município. A cada paciente, durante a abordagem dos grupos, é aplicado o Teste de Fagerström (Anexo B), cuja função é medir e avaliar o grau de dependência à nicotina, estabelecendo um escore de 0 a 10, através da soma de pontos atribuídos a cada resposta: 0-2: muito baixa; 3-4: baixa; 5: média; 6-7: elevada; 8-10: muito elevada (BRASIL. Ministério da Saúde. INCA, 2001).

No treinamento da Entrevista Motivacional foram utilizados os seguintes instrumentos:

(1) Régua Importância e Confiança (Anexo C): Sugerido por Miller e Rollnick (2002), é um método analógico-visual para graduar em uma régua cada uma destas dimensões

(A) Importância

Quão importante diria que é para você usar a Entrevista Motivacional? Em uma régua de 0 a 10, sendo 0 nada importante e 10 extremamente importante, onde você está neste momento?

(B) Confiança (Autoeficácia)

Quão confiante você diria que está, se decidir usar a Entrevista Motivacional em seus atendimentos, de que poderia ter sucesso? Em uma régua de 0 a 10, sendo 0 nada confiante e 10 extremamente confiante, onde você está neste momento?

(2) Exercício de entrevista dialogada (Anexo D): antes do início do treinamento, ao final e doze meses após o término do treinamento, o participante recebe uma folha contendo sempre a mesma entrevista dialogada onde deverá identificar os elementos essenciais da EM, como o uso de reflexões e perguntas abertas.

(3) Helpful Responses Questionnaire – HRQ (Anexo E) Miller, Hedrick e Orlofsky (1991) desenvolveram este questionário contendo seis itens para avaliar até que ponto os participantes utilizaram escuta reflexiva no pré/pós treinamento. O HRQ é uma alternativa quando a observação individual não é possível, como quando os indivíduos estão sendo avaliados em um treinamento. O HRQ apresenta seis hipotéticas declarações de pacientes e pede ao entrevistado para escrever "o que [ele ou ela] iria dizer em seguida", em resposta a cada declaração, sem restrição. Cada resposta é classificada pela presença ou ausência de perguntas abertas e fechadas, reflexões e "conversas que dificultam a mudança". Os escores totais são a soma por categoria em respostas (pontuação máxima = 6). Além disso, cada resposta é classificada de 1-5, utilizando um algoritmo de pontuação, onde altas pontuações são dadas as respostas que são precisas em empatia e ausência de "conversas que dificultam a mudança", enquanto pontuações baixas indicam tanto uma falta de escuta reflexiva ou que a qualidade reflexiva é diminuída pelas "conversas que dificultam a mudança". A pontuação da reflexão profunda é determinada pela soma dos escores entre as respostas (pontuação máxima = 30)

A avaliação e correção dos instrumentos foram feitas por dois profissionais treinados e habilitados para EM. Além disso, foi revisado por um avaliador externo neutro e cegado para o estudo.

5.5 Processamento e Análise de Dados

A construção e análise do banco de dados e a interpretação dos resultados foram obtidos a partir dos programas Statistical Package For the Social Scienses – SPSS versão 18.0, e STATA, para análise de cluster. As variáveis contínuas foram descritas através de médias e intervalo de confiança (IC). As categóricas, através de frequências absolutas e relativas. Para estimar o incremento das taxas de abandono do tabaco nos grupos, foi calculado o Risco Relativo (RR) como medida de efeito, com IC de 95%. Foi usado o teste estatístico do Qui-quadrado de Pearson para comparar os percentuais de cessação, assim como para as demais variáveis categóricas. Para as variáveis contínuas foi utilizado o Teste t de Student. Para análise multivariada e controle dos fatores intervenientes foi utilizado o Método de Regressão de Poisson Robusto, com todas as variáveis do estudo, à exceção da variável presença na quarta sessão, por apresentar multicolinearidade com a variável número de sessões.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, sob o número 16101 e aprovado em 15/06/16. Foi apresentado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) aos profissionais das unidades de saúde que concordaram em realizar o treinamento em EM e aplicá-lo nos grupos de tabagismo. Este termo foi disponibilizado em duas vias e uma delas entregue ao sujeito da pesquisa, após sua assinatura.

Os dados pessoais dos participantes terão a garantia de sigilo, evitando constrangimentos ou prejuízos aos sujeitos da pesquisa, bem como os dados coletados, os quais terão a garantia de anonimato. Não haverá prejuízos àqueles que se recusaram a participar. Ao grupo controle, que não recebeu a intervenção, foi garantido o tratamento convencional preconizado pelo MS.

As equipes que não receberam o treinamento neste estudo serão posteriormente treinadas conforme os resultados mostrarem benefício, visto que o objetivo é adotar a estratégia para todo o serviço. Os participantes envolvidos no estudo estão submetidos somente aos possíveis riscos inerentes à abordagem comportamental em grupo e utilização da estratégia da EM. As equipes multiprofissionais do serviço podem dar assistência a qualquer intercorrência.

São respeitados os pressupostos da Resolução CNS 466/12. Os dados coletados serão somente utilizados para esta pesquisa, serão guardados durante cinco anos e após destruídos.

7 RESULTADOS

PRODUTO: ARTIGO CIENTÍFICO

EFICÁCIA DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EM GRUPOS DE TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Efficacy of Motivational Interview in smoking groups in primary health care: a randomized clinical trial.

Autores: Ricardo Melnick¹, Daniel Demétrio Faustino-Silva², Roger Keller Celeste³.

1- Mestrando em Avaliação e Produção de Tecnologias de Saúde para o SUS, do GHC (PPGATSUS)

2- Professor do PPGATSUS

3-Professor do PPGATSUS

Correspondência:

Ricardo Melnick

Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Av. Francisco Trein, 596, Hospital Conceição, bloco H, 3º andar- Bairro Cristo Redentor, Porto Alegre, RS, 91350-200

ricardomelnick@gmail.com

*Este artigo será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública.

Resumo

O tabagismo é a principal causa de morte evitável e um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, sendo a Atenção Primária à Saúde o cenário estratégico no tratamento deste problema. **Objetivos:** avaliar a eficácia da Entrevista Motivacional (EM), nas taxas de cessação do tabaco e conclusão de tratamento em grupos de tabagismo realizados por equipes de atenção primária. **Metodologia:** foi realizado um ensaio clínico randomizado comunitário nas 12 unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre-RS, Brasil, a partir de julho de 2016. A randomização foi por cluster, onde o grupo intervenção recebeu um treinamento de 8 horas em EM para associar a técnica à abordagem convencional, preconizada pelo Ministério da Saúde, utilizada pelo grupo controle. **Resultados:** durante o período, foram realizados 44 grupos de tabagismo, totalizando 329 pacientes (178 no grupo intervenção e 151 no controle). A taxa de abandono do tabaco com a EM foi 61,8%, com um RR=1,25 (IC=95% 1,01-1,54, p=0,043) e no grupo

convencional 47,7%.A média de comparecimento nas sessões foi 3,1 (IC=95% 2,9-3,3) no grupo intervenção e 2,9 (IC=95% 2,5-3,4) no controle. O percentual de conclusão dos grupos, com a intervenção foi 65,2% e no controle 57,6%. **Conclusão:** a Entrevista Motivacional mostrou eficácia e superioridade sobre a abordagem convencional na cessação do tabaco. É uma tecnologia leve, factível, custo-efetiva e adequada à Atenção Primária e grupos de tabagismo.

Palavras-Chave: Tabagismo. Entrevista motivacional. Abandono do tabaco. Atenção primária à saúde. Avaliação da Tecnologia Biomédica.

Abstract

Introduction: Smoking is the leading cause of preventable death and a major public health problem worldwide, with primary health care being a strategic setting in the treatment of this problem. **Objectives:** Evaluate the efficacy of Motivational Interview (MI) on the smoking cessation rates, and in the completion of treatment in smoking groups performed by primary care teams. **Methodology:** A community randomized clinical trial was carried out in the 12 health units of the Community Health Service of the Hospitalar Conceição Group, Porto Alegre, Brazil, from July 2016. The randomization was by cluster, where the intervention group received an 8-hour training in MI in order to associate the technique with the conventional approach, recommended by the Ministry of Health, used by the control group. **Results:** During this period, 44 tobacco groups were performed, totaling 329 patients (178 in the intervention group and 151 in the control group). The smoking cessation rate with MI was 61.8%, with RR= 1.25(CI= 95% 1,01-1,54, p=0.043) and, in the conventional group, 47.7%. The average attendance in the sessions was 3.1 (CI=95% 2.9-3.3) in the intervention group, and 2.9 (CI= 95% 2.5-3.4) in the control group. The percentage of completion of the groups with the intervention was 65.2%, and in the control group, 57.6%. **Conclusion:** Motivational interview showed efficacy and superiority over the conventional approach on smoking cessation. It is a lightweight, feasible, cost-effective and appropriate technology for primary care and smoking groups

Keywords: Smoking. Motivational Interview. Tobacco cessation. Primary health care. Technology Assessment, Biomedical.

Introdução

O tabagismo é um grave problema de saúde pública e principal causa evitável de morte, sendo responsável por 6 milhões de óbitos ao ano em todo o mundo e importantes prejuízos econômicos¹. Está associado diretamente às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), responsáveis por 63% das 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008², e no Brasil, 72,0% dos óbitos em 2007³. A prevalência nas capitais do país, em 2013, foi de 11,3%, maior em Porto Alegre (16,5%), assim como o percentual de usuários de mais de 20 cigarros⁴. Já em 2016, foi identificada frequência de 10,2%⁵. Embora o país seja o segundo maior produtor e exportador de tabaco e desenvolva ações significativas para o seu controle, diminuindo o número de fumantes, ainda há grandes desafios⁶. Apesar dos avanços, dados de 2008 atribuem ao cigarro custo de R\$ 20,68 bilhões e 13% das mortes no Brasil, reduzindo a expectativa de vida em cinco anos⁷. A grande magnitude do tabagismo aponta uma necessidade de desenvolver e avaliar novas tecnologias para o tratamento deste grave problema no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um cenário importante e estratégico no enfrentamento desta epidemia dentro do SUS, pela oferta de cuidado longitudinal, integral, próxima do usuário, favorecendo o vínculo⁷. O Grupo Internacional de Cuidados Primários Respiratórios (IPCRG) reforçou recentemente esta posição, visto que, em vários países, é o único setor com acesso a esse suporte, com melhores resultados, prevenção e satisfação do usuário⁸. Desde 1989, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) coordena as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), definido o tratamento através da abordagem cognitivo-comportamental em grupos estruturados^{6,9}. Em consonância com o PNCT, o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) implantou em 2005 uma ação programática específica, treinando seus profissionais, e desenvolvendo grupos de tabagismo em suas 12 unidades de saúde¹⁰. Considerado uma dependência química, o uso de tabaco deve sempre ser abordado. Existem formas diversas de aconselhamento e abordagens cognitivo-comportamentais. Mesmo o aconselhamento mínimo (até 3 minutos), apesar do efeito relativamente pequeno (13,4%), tem importante impacto. As abordagens mais intensivas, superior a dez minutos, são mais indicadas sempre que factível, idealmente na forma de grupos estruturados, em quatro sessões semanais de noventa minutos, como preconizado pelo INCA^{7,9,11}.

A motivação é, sem dúvida, o principal fator envolvido no processo de cessação do tabagismo, e sua principal limitação, definida como o estado de prontidão ou avidez para uma determinada mudança. O estilo e abordagem do profissional influenciam sensivelmente nesta

motivação. A identificação do estágio motivacional é extremamente importante na elaboração das intervenções, devendo ser adequadas ao contexto da pessoa, considerando suas singularidades e ambivalências^{7,12,13}, levando em conta as condições adversas de saúde como os principais preditivos de mudança.¹⁴

A Entrevista Motivacional (EM) apresenta-se como uma técnica bastante útil em mudança de comportamento. Quando focada nos dependentes de nicotina, tem grande potencial de resolução das suas ambivalências, medos e conflitos inerentes¹². A EM é uma forma de abordagem clínica, centrada na pessoa, cujo objetivo é trabalhar e aumentar a motivação do usuário para mudança comportamental, geralmente referente a hábitos de vida, comportamentos disfuncionais e adesão a tratamentos¹⁵. É especialmente utilizada para trabalhar a ambivalência, habitualmente presente nos comportamentos aditivos, de uma forma mais persuasiva do que coercitiva¹⁶. Inicialmente foi desenvolvida por Miller e Rollnick em 1983, como uma intervenção breve para alcoolismo. Notando que preleções, argumentações e advertências não funcionavam com pessoas ambivalentes, sentiu-se necessário um método diverso e mais suave, usando de sintonia para explorar este sentimento, não exclusivo de comportamentos aditivos, e sim inerentes à condição humana¹⁵. Ao longo do tempo, foi aperfeiçoada e usada em outros problemas de saúde, particularmente doenças crônicas, onde situações comportamentais fossem fundamentais. Foram realizados ensaios positivos, onde os indivíduos foram considerados mais prováveis de começar, permanecer e concluir tratamentos, além de melhorarem diversos comportamentos. Nem todos os ensaios foram positivos, e o tamanho do efeito varia bastante^{15,17}. A EM não pretende convencer as pessoas a mudarem, mas sim mobilizar os seus próprios potenciais de mudança. Envolve mais orientar do que direcionar, ouvir tanto quanto falar. Por isso, foi descrita como um método colaborativo (uma parceria entre paciente e profissional, com participação ativa do sujeito), evocativo (busca mobilizar as próprias razões de mudança, recursos e valores próprios, sem ser prescritivo), e com respeito à autonomia (aceitando que as pessoas podem fazer suas próprias escolhas, o que facilita o processo de mudança)^{7,15,17}. A prática da EM segue 4 princípios orientadores: 1) Resistir ao reflexo de consertar as coisas: pode gerar efeito paradoxal, fazendo o paciente “defender” o seu estado comportamental. 2) Entender e explorar as motivações do paciente: evocando suas próprias razões de mudança. 3) Escutar com empatia: escuta qualificada, sem ser apenas informativo. 4) Fortalecer o paciente: ser um facilitador, promovendo o empoderamento do sujeito, com papel ativo no seu tratamento¹⁵.

Em relação às evidências, estudos e metanálises comprovaram sua utilidade em hipertensão, perda de peso, comportamentos aditivos, adesão e diferentes mudanças de

comportamento em relação aos cuidados primários¹⁸. No campo do tabagismo, os estudos geralmente comparam EM com aconselhamento breve. Encontram-se melhores resultados, no entanto, em geral, abordagem mais intensiva pode produzir melhores efeitos¹⁹. Revisão sistemática e metanálise mais recente sugere ser vantajosa, especialmente em adolescentes e adultos, porém pelo universo de uma população muito variada, é difícil a generalização para outras realidades²⁰. Outras evidências mostram resultados em tabagistas considerados com baixo desejo de parar²¹, em grupos de risco e vulnerabilidade²², ou mesmo em formas alternativas de EM, como por telefone²³. Comparando a técnicas de motivação extrínseca, até teve efeito menor, porém mais duradouro²⁴. Revisão da Cochrane, de 2015, também comparou com abordagem breve ou usual em cenários com diversos tipos de profissionais, resultando em aumento modesto nas taxas de cessação do tabaco em geral (RR=1,26). Nos subgrupos, quando aplicadas por médicos de cuidados primários, o resultado foi melhor (RR=3,49), embora grandes variações na qualidade e heterogeneidade dos estudos²⁵. Em revisão sistemática de estudos realizados no Brasil, viu-se que a EM é aplicada em diversos contextos clínicos, maioria em drogadição, formato individual e, usualmente, associada a outras técnicas ou abordagens, como tratamento complementar, não sendo claro o tipo de treinamento dos profissionais²⁶. Embora seja um dos tratamentos que mais demonstra resultados nos comportamentos aditivos nos últimos anos, nem sempre são tão satisfatórios em dependentes, principalmente os graves, do tabaco, não significando que, de forma mais ampliada ou associada a outras terapêuticas, não possa ser mais efetiva. Devido às metodologias e amostras diversas, dificultando a generalização dos resultados, não se pode avaliar com segurança esta efetividade em tabagistas e são necessárias novas evidências^{16,26}.

O presente estudo tem como objetivo principal avaliar a eficácia da EM em grupos de tabagismo na APS, comparando à abordagem tradicional preconizada pela PNCT. Além disso, pretende verificar a taxa de conclusão de tratamento dos pacientes nos grupos de tabagismo. Dessa maneira, pode-se contribuir com evidências que forneçam uma tecnologia leve, factível e adequada à política oficial de enfrentamento ao tabagismo do nosso sistema de saúde.

Métodos

Foi realizado um ensaio clínico randomizado comunitário nas 12 unidades básicas de saúde (UBS) que compõem o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, localizado na zona norte de Porto Alegre- RS, Brasil. Este serviço, que é reconhecido por sua forte associação à qualidade da atenção primária, há mais de 30 anos desenvolve atividades de

assistência e ensino, sendo pioneiro na formação de médicos de família no Brasil, além de outros profissionais. Tem como característica trabalhar com ações programáticas e desde 2005 desenvolve grupos de tabagismo em suas unidades.

Universo e Amostragem

A população do estudo foi composta de adultos tabagistas da área de abrangência do SSC-GHC e a amostra, a totalidade dos indivíduos participantes dos grupos de tabagismo realizados em todas as 12 unidades do SSC-GHC, de julho de 2016 até o final de maio de 2017. Não há critérios de exclusão dentre os participantes.

Para efeitos de estimativa de tamanho amostral, baseou-se nos resultados do programa de tabagismo do SSC-GHC nos anos de 2014 e 2015. No primeiro ano citado, foram realizados 45 grupos, com um total de 326 pacientes, sendo que 167 haviam relatado ter parado de fumar ao final das reuniões, resultando em 51% de taxa de abandono²⁹. Já em 2015, foram realizados 43 grupos, com 329 usuários. Destes, resultaram 168 em abstinência, perfazendo um total de 51% de cessação do tabaco³⁰.

Estimou-se que para aumentar as taxas de cessação dentre os participantes dos grupos de tabagismo do SSC, acrescidos da EM, em 20%, considerando um nível de significância de 5% e poder estatístico de 80%, a amostra deve ser de 206 pacientes, dividindo-se a metade para cada grupo em estudo.

Randomização e cegamento

Para evitar a contaminação entre os grupos (profissionais e pacientes), a randomização se deu por unidade de saúde (*cluster*), através de uma tabela de números aleatórios gerada em computador por um dos pesquisadores acompanhado de duas testemunhas externas ao estudo. Assim, os profissionais de cada UBS foram treinados para a mesma intervenção. Dessa forma, caso os usuários conversem ou troquem ideias em sala de espera ou mesmo entre parentes e vizinhos sobre a abordagem recebida, não haverá vieses por estarem todos no mesmo grupo.

O estudo é cego, uma vez que os pacientes não sabiam qual abordagem estavam recebendo.

Grupos em Estudo

Grupo Intervenção: nesse grupo, composto pelas 6UBSs randomizadas, os profissionais que coordenam os grupos de tabagismo receberam o treinamento em EM, com o objetivo de aplicar a técnica proposta como recurso adicional ao trabalho de motivação e

abordagem cognitivo-comportamental habitualmente realizados nos grupos. Estas unidades foram as seguintes: SESC, Jardim Leopoldina, Parque dos Maias, Jardim Itu, Nossa Senhora Aparecida, COINMA.

Grupo Controle: nesse grupo composto pelas demais 6UBSs randomizadas, os profissionais utilizaram apenas a abordagem tradicional cognitivo-comportamental preconizada pelo Ministério da Saúde através do PNCT, sem terem recebido o treinamento em EM e portanto, sem utilizá-la. Estas foram as seguintes unidades: US Conceição, Floresta, Divina Providência, Barão de Bagé, Santíssima Trindade, Costa e Silva.

Intervenção

A intervenção em estudo foi um treinamento em Entrevista Motivacional e seu impacto nos grupos de tabagismo. Para isto, foi feita uma randomização por cluster entre as unidades, através de uma tabela de números aleatórios computadorizada realizado por um dos integrantes da pesquisa acompanhado por duas testemunhas externas ao estudo, resultando em dois grupos de 6 unidades, onde um é o grupo intervenção (que submeteu-se ao treinamento, para utilizar a EM junto à abordagem convencional) e o outro, o grupo controle (que não fez o treinamento e utilizou apenas a abordagem convencional, cognitivo-comportamental, normalmente utilizada nos grupos).

Para ministrar a capacitação, foi convidada uma profissional especializada em EM, com formação no serviço dos autores da abordagem, Miller e Rollnick, nos Estados Unidos, além da participação de profissionais do serviço que já fizeram esta capacitação em outras oportunidades.

A carga horária total foi de 8 horas, divididas em 2 turnos de 4 horas, no mês de junho de 2016, iniciando às 8:00 horas e finalizando às 12:00 horas, repetindo-se das 14:00 às 18:00 horas, nos mesmos dias citados, para contemplar os trabalhadores do turno da tarde. Desta maneira, todos os profissionais tiveram acesso ao mesmo treinamento.

O treinamento oportunizou o conhecimento sobre a teoria, o espírito, os princípios básicos e as estratégias utilizadas na Entrevista Motivacional. Há ênfase na compreensão da estrutura conceitual da EM baseada nas evidências disponíveis sobre a eficácia destes treinamentos²⁷. O foco é em utilizar as habilidades da EM para estimular as pessoas a convencerem-se a si próprias sobre a mudança necessária, levando em conta seus 4 princípios orientadores^{15,28}. O treinamento é apresentado em um formato experiencial, com orientações práticas para temas como: uso de habilidades de comunicação empática, uso de reflexão simples e avançada para trabalhar com a resistência e ambivalência, desenvolver discrepância,

escutar e provocar a “conversa sobre mudança”. Tais conteúdos são apresentados através de uma combinação de palestras, estudos de casos, vídeo e exercícios em duplas e em pequenos grupos. No final, o participante recebe uma folha contendo instrumentos que permitirá observar se o mesmo atingiu o domínio de habilidades básicas específicas da EM.

Ao concluir o treinamento, espera-se que os participantes sejam capazes de:

- Reconhecer e utilizar os componentes da Entrevista Motivacional.
- Reconhecer e empregar os diferentes tipos de Reflexão.
- Distinguir as técnicas para "acompanhar" a resistência.
- Descrever as técnicas para explorar discrepância no paciente.
- Reconhecer e utilizar as técnicas para provocar “conversa sobre mudança”.

Instrumentos

As variáveis utilizadas foram o número de grupos realizados por cada unidade, quantidade de pacientes que compareceram em pelo menos um encontro do grupo, número de pessoas que compareceram à quarta e última sessão e dentre estes, o número de usuários que não estão mais fumando neste momento. Também é utilizado o escore do teste de Fagerström⁹ (cuja função é medir e avaliar o grau de dependência à nicotina, estabelecendo um escore de 0 a 10), além do número de pacientes que usaram medicação Adesivo de Nicotina ou Bupropiona.

Estes dados foram extraídos através do sistema de informações do programa do tabagismo do SSC-GHC, disponibilizado pelo setor de monitoramento e avaliação deste serviço. O programa, por sua vez, segue os registros nos moldes do INCA e da coordenação da gestão municipal dos agravos não transmissíveis. As equipes das unidades são responsáveis por abastecer o sistema com estes dados, a cada grupo realizado.

No treinamento da Entrevista Motivacional foram utilizados os seguintes materiais:

(1) Régua Importância e Confiança³¹: Sugerido por Miller e Rollnick (2002), é um método analógico-visual para graduar em uma régua de 0 a 10, as seguintes dimensões: A- Importância (quão importante é para você usar a Entrevista Motivacional?) B- Confiança/Autoeficácia (quão confiante você diria que está, se decidir usar a Entrevista Motivacional em seus atendimentos, de que poderia ter sucesso?

(2) Exercício de entrevista dialogada³¹: antes do início do treinamento e ao final, o participante recebe uma folha contendo sempre a mesma entrevista dialogada onde deverá identificar os elementos essenciais da EM, como o uso de reflexões e perguntas abertas.

(3) Helpful Responses Questionnaire³² – HRQ. Miller, Hedrick e Orlofsky (1991) desenvolveram este questionário contendo seis itens para avaliar até que ponto os participantes utilizaram escuta reflexiva no pré/pós treinamento. O HRQ apresenta seis hipotéticas declarações de pacientes e pede ao entrevistado para escrever "o que iria dizer em seguida", em resposta a cada declaração. Cada resposta é classificada pela presença ou ausência de perguntas abertas e fechadas, reflexões e “conversas que dificultam a mudança”. Os escores totais são a soma por categoria em respostas (pontuação máxima = 6). Além disso, cada resposta é classificada de 1-5, utilizando um algoritmo de pontuação, onde altas pontuações são dadas as respostas que são precisas em empatia e ausência de “conversas que dificultam a mudança”, enquanto pontuações baixas indicam tanto uma falta de escuta reflexiva ou que a qualidade reflexiva é diminuída pelas “conversas que dificultam a mudança”. A pontuação da reflexão profunda é determinada pela soma dos escores entre as respostas (pontuação máxima = 30).

Processamento e Análise de Dados

A construção e análise do banco de dados e a interpretação dos resultados foram obtidos a partir dos programas Statistical Package for the Social Sciences – SPSS versão 18.0, e STATA, para análise de cluster. As variáveis contínuas foram descritas através de médias e intervalo de confiança. As categóricas, através de frequências absolutas e relativas. Para estimar o incremento das taxas de abandono do tabaco nos grupos, foi calculado o Risco Relativo (RR) como medida de efeito, com intervalo de confiança de 95%. As análises descritivas foram baseadas nos comandos survey para dar conta do efeito de cluster da amostragem. A linearização de Taylor foi aplicada para corrigir os valores de p; para as variáveis categóricas, o teste do Qui-quadrado com correção de Pearson e para variáveis contínuas, a análise de variância e utilizado o Teste t de Student. Para análise multivariada e controle dos fatores intervenientes foi utilizado o Método de Regressão de Poisson robusto, com todas as variáveis do estudo, com exceção da variável presença na quarta sessão, por apresentar multicolinearidade com a variável número de sessões.

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, sob número de CEP: 16-101 e Plataforma Brasil CAAE: nº 56902516.4.0000.5530 por estar de acordo com as diretrizes e normas nacionais, internacionais e complementares,

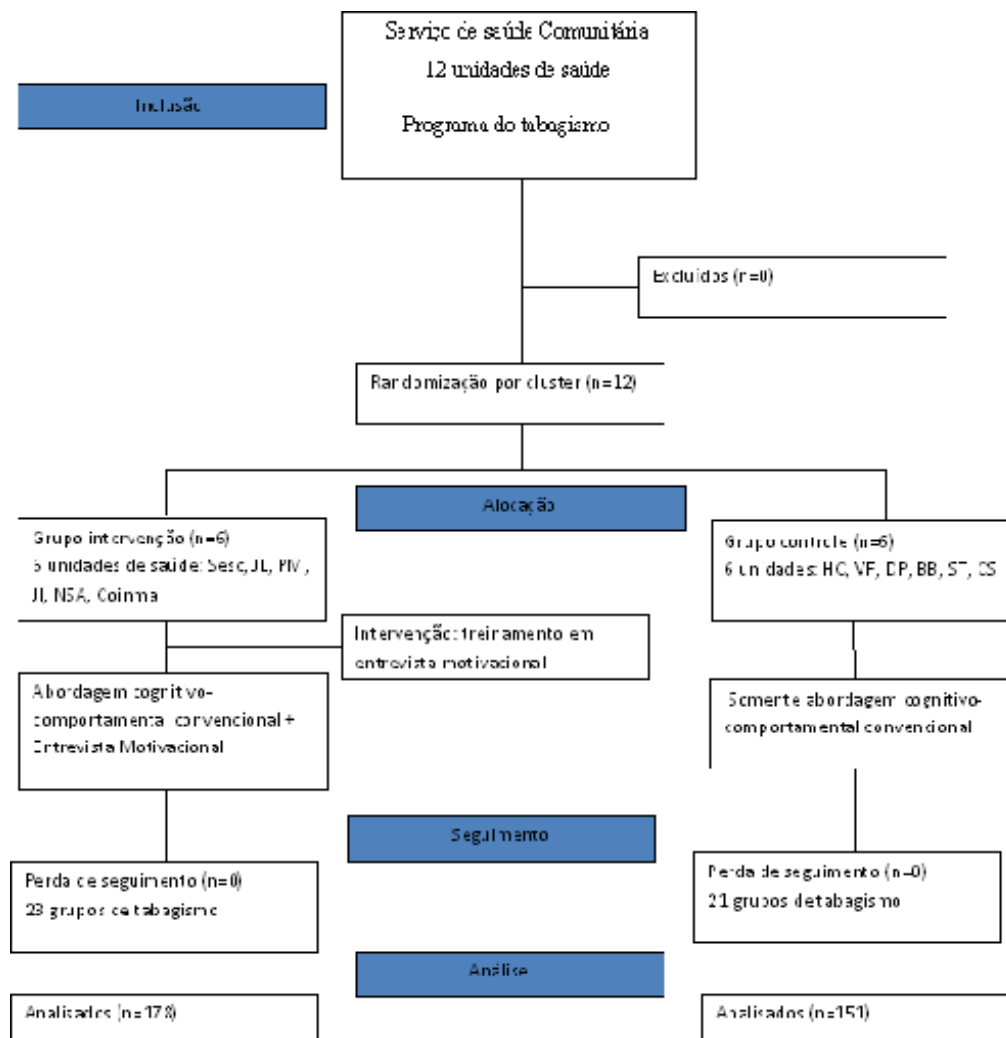
especialmente a resolução 466/12. Este ensaio clínico foi registrado no ClinicalTrials.gov (NCT).

Resultados

Entre os meses de julho de 2016 e maio de 2017, foram realizados 44 grupos de tabagismo pelas equipes do SSC, totalizando 329 participantes analisados no estudo. O grupo controle realizou 21 grupos, com o total de 151 pacientes (45,9%). No grupo intervenção houve 23 grupos, com o total de 178 pessoas (54,1%).

Na figura 1 é apresentado o fluxograma do estudo.

Figura 1- fluxograma do estudo



Fonte: Os autores

As características dos participantes, de acordo com os grupos, são apresentadas na Tabela 1. A média de idade geral foi de 50,6 anos (IC=95%; 49,1-52,1). Não houve variação

entre os grupos em estudo. No grupo controle foi de 50,0 anos (IC=95%; 47.9-52.1) e no grupo intervenção 51.1 anos (IC=95%; 49.1-53.2). O sexo feminino predominou e, no geral dos grupos estudados, representou 69,5% dos pacientes e o masculino 30,5%, sem diferenças significativas nos dois grupos (68,0% no controle e 70,8% no grupo intervenção).

Características clínicas disponíveis no sistema, como o escore de Fagerström, teve média geral de 6.4 (IC=95%; 5.8-6.9). A distribuição desta variável foi uniforme entre os grupos de comparação (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos pacientes submetidos a tratamento de tabagismo, de acordo com os grupos, Porto Alegre-RS, 2017.

Variáveis	Total	Grupo Intervenção	Grupo Controle	valor p
n	329	178	151	
Idade	50,6 (49,1;52,1)	51,1 (49,1;53,2)	50,0 (47,9;52,1)	0,398*
Sexo feminino	228 (69,5%)	126 (70,8%)	102 (68,0%)	0,491#
Teste de Fagerström	6,4 (5,8;6,9)	6,4 (5,5;7,3)	6,4 (5,9;7,0)	0,935*

*valores apresentados são média e intervalo de confiança de 95%, comparação pelo teste t de Student

#valores apresentados são frequências absolutas e relativas, comparação pelo teste de qui-quadrado

Fonte: Os autores.

A Tabela 2 mostra os desfechos e variáveis referentes ao tratamento do tabagismo em cada grupo ao longo do período estudado. O desfecho primário observado, número total de participantes que pararam de fumar ao final dos grupos, nas 12 UBS do SSC-GHC, foi 182 (55,3%). O grupo que utilizou a EM alcançou abstinência de 61,8% (110 pacientes), enquanto o grupo controle 47,7% (72 pacientes). O número médio de presença nas sessões não diferiu significativamente entre os grupos, sendo 3,1 (IC=95% 2,9-3,3) no grupo intervenção e 2,9 (IC=95% 2,5-3,4). O número de pessoas que compareceram à quarta sessão, portanto, concluíram o grupo foi, no geral, 203 (61,7%). Entre os grupos, o percentual foi maior no intervenção, 65,2% e no controle, 57,6%. A maioria teve consulta individual de avaliação clínica (que faz parte do programa), 79,8% no grupo intervenção e 88,7% no controle. Também, a maioria dos pacientes de todos os grupos usou medicação. Na maior parte das vezes foi usado adesivo de nicotina como terapia auxiliar, 71,9% no grupo intervenção e 68,9% no controle, mostrando uniformidade deste tratamento medicamentoso nesses dois grupos de comparação (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição das variáveis relacionadas ao tratamento do tabagismo, segundo o grupo do participante, Porto Alegre-RS, 2017.

Variáveis	Grupo Intervenção	Grupo Controle	valor p
n	178	151	
Número de sessões	3,1 (2,9;3,3)	2,9 (2,5;3,4)	0,514*
Fez consulta clínica individual	142 (79,8%)	134 (88,7%)	0,354#
Utilizou Adesivo	128 (71,9%)	104 (68,9%)	0,712#
Utilizou Bupropiona	48 (27,0%)	27 (17,9%)	0,307#
Presença na sessão 4	116 (65,2%)	87 (57,6%)	0,409#
Parou de fumar na sessão 4	110 (61,8%)	72 (47,7%)	0,157#

*valores apresentados são média e intervalo de confiança de 95%, comparação pelo teste t de Student

#valores apresentados são frequências absolutas e relativas, comparação pelo teste de qui-quadrado

Fonte: Os autores.

Na análise multivariada, segundo o modelo de regressão de Poissom robusta, Tabela 3, foram associadas as variáveis sexo, idade, teste de Fagerström, comparecimento em consulta de avaliação clínica, número de sessões, uso de medicação Adesivo de Nicotina e Bupropiona, proveniente do sistema de informações do programa de tabagismo do SSC. O resultado mostrou RR=1,25 (IC=95% 1,01-1,54; p=0.043) para parar de fumar no grupo que fez o treinamento e utilizou EM, sendo o desfecho principal estudado, mostrando associação da intervenção no aumento das taxas de cessação, com significância estatística. O teste de Fagerström, fator preditor da intensidade desta dependência, mostrou RR= 0,93 (IC=95% 0,89-0,98; p=0,006). Em relação ao número de sessões, o RR foi 1,53 (IC=95%;1,19-1,97;p= 0,004). Quanto às terapias medicamentosas, o uso de adesivo de nicotina obteve um RR= 1,99 (IC=95%; 0,93-4,25; p= 0,073) e Bupropiona, RR= 1,06 (IC=95%; 0,86-1,31; p= 0,539). Fazer a consulta individual (avaliação clínica) resultou RR= 1,22 (IC=95%;0,92-1,61; p=0,150). Idade e sexo não mostraram associação com diferenças estatisticamente significativas (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise multivariada. Risco relativo ajustado e intervalo de confiança de 95%, em relação ao desfecho estudado, Porto Alegre, 2017.

Variável	RR*	Intervalo de confiança de 95%		P
		LI	LS	
Parou de fumar no grupo intervenção	1,25	1,01	1,54	0,043
Idade	1,00	0,99	1,01	0,354
Sexo feminino	0,97	0,81	1,17	0,764
Fagerström	0,93	0,89	0,98	0,006
Número de sessões	1,53	1,19	1,97	0,004
Fez consulta clínica individual	1,22	0,92	1,61	0,150
Utilizou adesivo	1,99	0,93	4,25	0,073
Utilizou Bupropiona	1,06	0,86	1,31	0,539

* Cálculo realizado por meio de regressão de Poisson robusta

Fonte: Os autores.

Discussão

O estudo mostrou aumento modesto, porém estatisticamente significativo, nas taxas de cessação do tabagismo, após o treinamento dos profissionais para a utilização da EM: RR=1,25 (IC=95% 1.01-1.54; p=0,043), ou seja, a intervenção aumentou em 25% a cessação do tabagismo em terapia de grupos. A literatura mostra resultados semelhantes em metanálises²⁵ (RR=1,26), porém em cenários muito diversos, os quais devem ser interpretados com cautela devido às variações na qualidade e heterogeneidade dos estudos. Porém em todos eles houve superioridade se comparada a aconselhamento breve ou abordagem usual. Um ensaio clínico recente também apontou superioridade em relação a abordagem breve²¹. Em geral, estudos anteriores e metanálises em relação ao efeito da EM no tabagismo, à comparam a abordagens breves, com metodologias e em grupos muito distintos^{19,20}, mostrando superioridade, embora afirmem que abordagens mais intensas podem produzir melhores resultados, ao passo que o presente estudo testou, ainda que por tempo curto (resultados imediatos na quarta sessão de grupos de tabagismo), entre duas abordagens intensivas dentro do mesmo serviço, no âmbito específico da Atenção Primária. Esta pode ser uma contribuição importante na compreensão e avaliação do uso desta técnica em nosso contexto, para acrescentar às outras evidências disponíveis. Ao mostrar superioridade no uso específico em

grupos de tabagismo e dentro da Atenção Primária, este estudo pode significar uma inovação nesta avaliação e na proposta de uso desta tecnologia.

O percentual de conclusão do tratamento em grupos, definida como a presença na quarta sessão, também foi maior no grupo intervenção, assim como o número médio de comparecimento às sessões, embora não tenha demonstrado diferença significativa entre os grupos. Este achado permite discussão sobre adesão. A literatura que estudou a EM em diversas situações na atenção primária aponta que esta técnica tende a aumentar adesão¹⁸, ao passo que outras afirmam que ensaios mostraram que os pacientes expostos à EM foram considerados mais prováveis de começar, permanecer e concluir tratamentos^{15,17}.

Um fator que corrobora a validade do estudo é a observação de que variáveis clínicas, como o teste de Fagerström, principal preditor do grau de dependência e dificuldade de cessação^{7,9}, terem sido uniformes nos dois grupos, mostrando que em um dos grupos não predominava tabagistas mais severos em relação ao outro. Outro fator, o número de grupos realizados no serviço, em comparação com os anos anteriores^{29,30}, mostrou-se uniforme, assim como o número de participantes. Portanto, não houve, de forma significativa, alterações ou fatos de exceção no período da observação, que possam ter intervido como viés neste sentido. A coordenação do serviço permaneceu a mesma e não houve muitas mudanças nas equipes que coordenam os grupos.

A respeito da utilização de medicamentos, o achado de maior uso e maior eficácia do Adesivo de Nicotina em relação à Bupropiona pode ter sofrido influência do acesso diferenciado a estes fármacos na realidade das unidades. Enquanto o adesivo é fornecido pelas equipes, para obter a Bupropiona é necessário ir a uma farmácia distrital, onde frequentemente pode estar em falta. A literatura aponta que ambos os métodos são eficazes e aumentam as taxas de cessação^{7,9,11}, porém são apenas auxiliares no processo. A base do tratamento é a abordagem cognitivo-comportamental e motivacional, e as medidas farmacológicas não influenciam na motivação, e sim apenas nos sintomas relacionados à dependência física e abstinência.

Em relação ao perfil dos tabagistas que participaram dos grupos, nota-se que a maioria (69,5%) são do sexo feminino, contrastando com dados que apontam maior frequência de fumantes entre os homens^{4,5,7}. Isto se dá provavelmente pelo fato de que na atenção primária é comum uma participação consideravelmente maior das mulheres, que tradicionalmente têm mais cuidado com a saúde. É notório o menor grau de procura por assistência entre os indivíduos do sexo masculino. Estes questionamentos podem indicar necessidade de melhorar

atividades de sensibilização, busca ativa e incremento das estratégias de tratamento do tabaco entre os homens. A idade média (50,6 anos) mostra uma população majoritariamente de meia idade nos grupos. Dados da literatura apontam que o consumo do tabaco geralmente se inicia na adolescência, em média entre 13 e 14 anos¹¹. Poucos jovens ingressaram nesta estratégia e procuraram o tratamento. Este pode ser um indicativo da necessidade de investir em políticas mais voltadas aos jovens, tanto de tratamento como prevenção, destinadas a uma população de maior vulnerabilidade, com possibilidade de maior efeito sobre as comorbidades, ao reduzir o tempo de exposição e carga tabágica. Como a atividade sempre é realizada no horário de funcionamento dos postos de saúde (8-18h), é grande a possibilidade de ter contemplado as pessoas de maior idade, aposentados, beneficiários ou sem ocupação definida. Os trabalhadores formais têm dificuldade de liberação durante o seu horário de trabalho, habitualmente não podem comparecer, ou então faltam mais vezes às sessões. Um afastamento semanal, por pelo menos quatro semanas, é um absenteísmo considerável. Discussão sobre ampliar horários de oferta de grupo, utilizando turnos reversos, pensando nesta faixa de público, deve ser pauta dos serviços de saúde.

Considerando que a capacitação ofertada aos profissionais foi o treinamento mínimo nesta técnica, além do certo grau de heterogeneidade entre as equipes e os profissionais, pode ser necessário treinamentos mais intensivos em EM ou recorrentes. As equipes de saúde do GHC são formadas por diversos profissionais, com variadas experiências. Apesar de seguir as mesmas recomendações do INCA, existir uma coordenação no serviço e coesão entre as equipes, pode haver algumas diferenças locais, na maneira de conduzir o programa do tabagismo em cada unidade. Considera-se que possíveis diferenças na maneira de acessar o sistema de informações e coletar dados, podem representar uma limitação aos resultados. Os profissionais que coordenam os grupos têm diferenças em relação à sua formação, são compostos, conforme a equipe, de médicos de família, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, auxiliados por agentes comunitários. As experiências prévias, bem como a maneira possivelmente diversa de incorporar as técnicas do treinamento e aplicar os atributos da EM, podem, de alguma maneira, significar uma limitação.

É pertinente analisar que o estudo avaliou taxas de abstinência no fim das atividades do grupo, porém, neste desenho de estudo, não verificou-se o seguimento destes pacientes. Portanto, não chegou-se a avaliar o quão duradouro foi o efeito da intervenção em relação ao tempo de abstinência, bem como a frequência das recaídas após o experimento. Há poucas evidências a este respeito. Trabalhos anteriores sugerem que o efeito da EM foi mais

duradouro em comparação com outras técnicas²⁴, porém foram analisados comportamentos aditivos em geral, não especificamente o tabaco. Neste sentido, fazem-se necessários novos métodos que possam medir a eficácia a médio ou longo tempo, o que certamente agregará mais evidências sobre sua utilização. Ao levar em consideração estes questionamentos, reafirma-se a necessidade de outros estudos dentro da atenção primária, com amostras maiores e períodos mais longos de observação, bem como especificamente em relação à estratégia de tratamento do tabagismo através de grupos. Assim, poderá ser avaliada com mais segurança a real magnitude e tamanho de efeito do uso da EM neste cenário, bem como poder generalizar a outros contextos dentro da atenção primária, adotando como alternativa de tratamento eficaz aos dependentes do tabaco.

Concluindo, o estudo mostrou associação estatisticamente significativa entre o uso da abordagem da Entrevista Motivacional com melhores desfechos em relação à cessação do tabagismo, quando comparada a abordagem convencional em grupos nas equipes de Atenção Primária do SSC-GHC. Por ser uma tecnologia de fácil utilização na APS e em outros níveis de atenção, ser custo-efetiva, com evidências positivas de efetividade, mesmo com tamanhos de efeito variáveis, é uma estratégia muito útil e adequada aos desafios do controle do tabagismo no Sistema Único de Saúde.

Referências

1. World Health Organization. Who report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Geneva: WHO; 2011.
2. World Health Organization. Non communicable diseases country profiles: 2011. Geneva: WHO, 2011.
3. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 Jun; 377(9781):1949-61.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
6. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Ver Psiq Clín*. 2005; 32(5):283-300.

7. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Cadernos de Atenção Básica, n. 40.
8. Van Schayck OCP, Williams S, Barchilon V, Baxter N, Jawad M, Katsaounou PA, et al. Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions. Position statement of the IPCRG. NPJ Prim Care Respir Med. 2017 Jun; 27(1):38.
9. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional de Câncer. Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
10. Bianchini IM, Glasenapp R. Tabagismo e hipertensão arterial sistêmica: recomendações para o trabalho de equipes da atenção primária à saúde Gerência de Saúde Comunitária. In: Ministério da Saúde (Brasil), Grupo Hospitalar Conceição, Gerência de Saúde Comunitária. A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde. Porto Alegre: [s.n.]; 2011.
11. Associação Médica Brasileira. Tabagismo: diretrizes clínicas. São Paulo, 2011.
12. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo: 2008. J Bras Pneumol. 2008; 34(10):845-80.
13. Mesquita AA. Avaliação e tratamento psicológico do fumante: uma revisão bibliográfica. Mudanças: Psicologia da Saúde. 2014 jul/dez; 22(2):33-41.
14. Copeland AL. Characteristics of participants enrolled in a brief motivational enhancement for smokers. Front Psychiatry. 2016 May; 2(7):77.
15. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Entrevista motivacional: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Melo WV, Oliveira MS, Araujo RB, Pedroso RS. A entrevista motivacional em tabagistas: uma revisão teórica. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2008; 30(1Supl).
17. Figlie NB, Guimarães LP. A entrevista motivacional: conversas sobre mudança. Bol - Acad Paul Psicol. 2014 dez; 34(87):472-89.
18. Vanbuskirk KA, Whiterell J. Motivational interviewing used in primary care a systematic review and meta-analysis A. J Behav Med. 2014 Aug; 37(4):768-80.
19. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, Bachmann M, Russell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. Br J Gen Pract. 1999 Aug; 49(445):611-6.
20. Heckman CJ, Eggleston BL, Hofmann MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. Tob Control. 2010 Oct; 19(5):410-6.

21. Catley D, Goggin K, Harris KJ, Richter KP, Williams K, Patten C, et al. A randomized trial of motivational interviewing cessation induction among smokers with low desire to quit. *Am J Prev Med.* 2016; 50(5):573-83.
22. Wilson A, Guillaumier A, George J, Denham A, Bonevski B. A systematic narrative review of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups (2010-2017). *Expert Rev Respir Med.* 2017; 11(8):617-30.
23. Jiang S, Wu L, Gao X. Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. *Addict Behav.* 2017; 73:216-35.
24. Sayegh CS, Huey SJ, Zara EJ, Jhaveri K. Follow-up treatment effects of contingency management and motivational interviewing on substance use: a meta-analysis. *Psychol Addict Behav.* 2017 Jun; 31(4):403-14.
25. Lindson-Hawley N, Thompson T, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; 3.
26. Andretta I, Meyer E, Kuhn RP, Rigon M. A entrevista motivacional no Brasil: uma revisão sistemática. *Mudanças. Psicologia da Saúde*, 2014 jul/dez; 22(2):15-21.
27. Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol.* 2004 Dec; 72(6):1050-62.
28. Silva EM. Efeitos da entrevista motivacional e do mapeamento cognitivo associados à TCCG no tratamento de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. [tese]. Porto Alegre: UFRGS; 2009.
29. Ministério da Saúde (Brasil), Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Indicadores de saúde: relatório anual 2014. Porto Alegre: [s.n]; 2015a.
30. Ministério da Saúde (Brasil), Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Sistema de informações em saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SIS-SSC/GHC). Boletim Informativo mensal: indicadores de saúde. Porto Alegre: [s.n]; 2015b.
31. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002.
32. Miller WR, Hedrick KE, Orlofsky D. The helpful responses questionnaire: a procedure for measuring therapeutic empathy. *J Clin Psychol.* 1991 May; 47(3):444-8.

8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo contribui para a avaliação da Entrevista Motivacional enquanto tecnologia de saúde factível dentro da realidade da Atenção Primária e do SUS. Ao passo que as melhores evidências e metanálises anteriores, em geral a compararam em diferentes contextos e níveis de atenção à saúde, utilizando metodologias e participação de profissionais muito diversos, esta pesquisa pode ser considerada uma inovação tecnológica ao testar e comparar dentro de um serviço de grande tradição em APS, em relação à abordagem intensiva preconizada pelo INCA. Pela estratégia de formação de grupos de tabagismo ser justo a política oficial preconizada por este órgão, a EM tem potencial de contribuir de forma muito significativa ao PNCT.

Apesar do incremento modesto nas taxas de cessação do tabaco, como esta tecnologia é de fácil execução, aplicável em vários cenários da APS, custo-efetiva e mostra eficácia quando associada a outras abordagens, pode-se considerar que tem potencial de grande utilidade no SUS.

Por diversos fatores, a dependência ao tabaco é considerada uma das mais difíceis de enfrentamento. Mesmo pequenos aumentos nestas taxas de abandono podem ter um impacto importante dentro de uma perspectiva populacional, levando-se em conta a grande morbi-mortalidade relacionada a este fator de risco. Sendo o tabagismo a principal causa de morte evitável e de muitos prejuízos econômicos e sociais e ainda o fato de que a EM pode ser utilizada (e existem várias evidências de efetividade) em diversas condições crônicas sensíveis a APS, o potencial de prevenção é incalculável.

Mais particularmente, em relação ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC, este trabalho contribui com um olhar mais detalhado ao seu programa de tabagismo, possibilitando sugestões para o seu aprimoramento. Este serviço, que tem vanguarda e tradição dentro da APS do país, desenvolve o programa há mais de dez anos e tem uma coordenação específica para o tema. Isto permite planejamento, avaliação das ações e sua continuidade, com potencial grande para pesquisa. A partir deste ensaio pragmático em serviço, pode-se pensar a necessidade de discutir novas formas de registro no sistema de informações, a forma como estão sendo feitos, assim como discutir a ampliação e inclusão de novos dados sobre os pacientes, aumentando a compreensão do seu perfil sócio-

demográfico e clínico. Também é pertinente avaliar maneiras de observar o seguimento destes pacientes e avaliação dos efeitos mais a longo prazo. Estas lacunas, que foram uma limitação neste estudo, têm potencial de justamente significar, no futuro, o incremento de novas pesquisas e descobertas dentro do próprio serviço. Além disso, ao constatar a presença de maioria de mulheres, em contraste com a literatura que aponta a maior frequência de tabagistas entre os homens, e ausência de jovens nos grupos de tabagismo, possibilita discussão sobre novas estratégias de sensibilização e captação destes seguimentos da população. Sugestão de novas políticas neste sentido podem até fazer parte de uma discussão mais abrangente no cenário nacional.

É preciso continuar avaliando tecnologias em saúde para o SUS no intuito de desenvolver medidas custo-efetivas dentro da APS. Cada vez mais este setor vem sendo consolidado nos últimos anos como contexto adequado para abordar estas medidas preventivas. Este é o caminho em busca de um sistema de saúde mais justo, equitativo e eficiente, dentro das melhores evidências científicas e adaptado às realidades locais.

REFERÊNCIAS

ANDRETTA, I. et al. A entrevista motivacional no Brasil: uma revisão sistemática. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Bernardo do Campo, v. 22, n. 2, p. 15-21, jul./dez. 2014.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Tabagismo**: diretrizes clínicas. São Paulo, jan. 2011.

BIANCHINI, I. M.; GLASENAPP, R. Tabagismo e hipertensão arterial sistêmica: recomendações para o trabalho de equipes da atenção primária à saúde Gerência de Saúde Comunitária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde**. Porto Alegre: [s.n.], ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação. **Relatório da Ação Programática do Tabagismo no SSC-GHC- 2009**: dados da Ação Programática do Tabagismo no período de 2005 a 2009. Porto Alegre: [s.n.], 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Indicadores de saúde**: relatório anual 2014. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2015a.

_____. **Sistema de informações em saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SIS-SSC/GHC)**. Boletim Informativo mensal: indicadores de saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Abordagem e tratamento do fumante**: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2015. Cadernos de Atenção Básica, n. 40.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Vigitel Brasil 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2017.

BUTLER, C. C. et al. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. **Br. J. Gen. Pract.**, London, v. 49, n. 445, p. 611-615, Aug. 1999.

CATLEY, D. et al. A Randomized trial of motivational interviewing cessation induction among smokers with low desire to quit. **Am. J. Prev. Med.**, New York, v. 50, n. 5, p. 573-583, 2016.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 283-300, 2005.

COPELAND, A.L. Characteristics of participants enrolled in a brief motivational enhancement for smokers. **Front Psychiatry**, Switzerland, v. 7, p. 77, May 2016.

FIGLIE, N.B.; GUIMARÃES, L. P. A entrevista motivacional: conversas sobre mudança. **Bol. Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 34, n. 87, p. 472-489, dez. 2014.

JIANG, S; WU, L; GAO, X. Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. **Addictive Behaviors**, New York, v. 73, p. 216-235, 2017.

HECKMAN, C. J.; EGLESTON, B. L.; HOFMANN, M. T. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. **Tob.Control.**, London, v. 19, n. 5, p. 410-416, Oct. 2010.

LINDSON-HAWLEY, N; THOMPSON, T; BEGH, R. Motivational interviewing for smoking cessation (Review). **Cochrane Database of Syst. Rev.**, London, n. 3, 2015.

MASTROLEO, N. R et al. Examination of posttraining supervision of peer counselors in a motivational enhancement intervention to reduce drinking in a sample of heavy drinking college students. **J. Subst. Abuse Treat.**, New York, v. 39, n. 3, p. 289-297, Oct. 2010.

MELO, W. V. et al. A entrevista motivacional em tabagistas: uma revisão teórica. **Rev. Psiquiatr. RS**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, 2008. Suplemento.

MESQUITA, A. A. Avaliação e tratamento psicológico do fumante: uma revisão bibliográfica. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Bernardo do Campo, v. 22, n. 2, p. 33-41, jul./dez. 2014.

MILLER, W. R.; HEDRICK, K. E.; ORLOFSKY, D. The helpful responses questionnaire: a procedure for measuring therapeutic empathy. **J. Clin. Psychol.**, Brandon, v. 47, n. 3, p. 444-448, May 1991.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational interviewing**: preparing people for change. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2002.

MILLER, W. R. et al. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. **J. Consult. Clin. Psychol.**, Washington, DC, v. 72, n. 6, p. 1050-1062, Dec. 2004.

REICHERT, J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo: 2008. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, DF, v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista motivacional: ajudando pacientes a mudar o comportamento.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

SAYEGH, C.S et al. Follow-Up treatment effects of contingency management and motivational interviewing on substance use: ameta-analysis. **Psychol. Addict. Behav.**, Whashington, DC, v. 31, n. 4, p. 403-414, Jun. 2017.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, London, n. 377, p. 1949-1961, 2011.

SILVA, E. M. **Efeitos da entrevista motivacional e do mapeamento cognitivo associados à TCCG no tratamento de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo.** 2009. Dissertação (Doutorado)-UFRGS, Porto Alegre, 2009.

VANBUSKIRK, K. A.; WHTERELL, J. Motivational interviewing used in primary care a systematic review and meta-analysis A. **J. Behav. Med.**, New York, v. 37, n. 4, p. 768-780, Aug. 2014.

VAN SCHAYCK, O. C. P. et al. Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions.Position statement of the IPCRG.**NPJ Prim. Care Respir. Med.**, London, v. 27, n. 1, p. 38, Jun. 2017.

WILSON, A. et al. A systematic narrative review of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups (2010-2017). **Expert Rev. Respire. Med.**, London, v. 11, n. 8, p. 1-14, Jun. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).**Non communicable diseases country profiles:** 2011. Geneva: WHO, 2011a.

_____. **Who report on the global tobacco epidemic, 2011:** warning about the dangers of tobacco. Geneva: WHO, 2011b.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Profissionais de saúde

Você, na condição de profissional de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC), está sendo convidado a participar da pesquisa de tese de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (SUS) do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (CETPS/GHC) - Escola GHC, intitulada: **“Avaliação da eficácia da entrevista motivacional na cessação do tabagismo em Atenção Primária a Saúde”**, que tem como objetivo principal avaliar as taxas de abandono do tabaco entre os participantes dos grupos de tabagismo das equipes do SSC que receberam treinamento nas técnicas da Entrevista Motivacional (EM), comparado à abordagem convencional.

O tema escolhido se justifica pela importância de testar novas abordagens motivacionais no tratamento do tabagismo, fornecendo novas tecnologias aos profissionais da atenção primária envolvidos nos cuidados aos tabagistas.

O trabalho está sendo realizado pelo médico do SSC-GHC e mestrando Ricardo Melnick, sob a supervisão e orientação do Prof. Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva.

O estudo não trará benefícios diretos a você além de adquirir novos conhecimentos sobre a EM que poderão qualificar a sua prática profissional. Os resultados da pesquisa poderão ajudar outros profissionais e serviços de saúde, além do SSC-GHC, a organizar o cuidado aos pacientes atendidos por esta ação programática. Não há riscos previstos na participação do estudo e nem interferência no trabalho na instituição.

Para alcançar os objetivos do estudo, caso a sua unidade de saúde seja sorteada para a abordagem de EM, você será convidado a realizar um treinamento sobre EM no cuidado ao tabagismo. Tal treinamento será de 8 horas em 2 turnos separados, dentro da carga horária do SCC-GHC e conforme sua disponibilidade. Esse treinamento já foi previamente pactuado e aceito pela gerência do SSC-GHC. Previamente e após o treinamento serão aplicados 3 questionários com o objetivo de avaliar e monitorar os conhecimentos sobre a técnica da EM. Os mesmos serão reaplicados de 6 em 6 meses até o término do estudo, previsto para 2017, no intuito de acompanhar a durabilidade do treinamento.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo pesquisador principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução CNS 466/12).

Eu _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e autorizo a minha participação.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que a minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o meu trabalho na instituição;
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com o pesquisador: Ricardo Melnick, pelo telefone 3338-2275 ou endereço profissional: Av. Saturnino de Brito, 1350, Vila Jardim-Porto Alegre.
- Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas da pesquisa, poderei entrar em contato com a Dra. Rosa Maria Levandovski, Vice-coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein, 596, 3º andar, Bloco H, sala 11. 73

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Porto Alegre, _____, de _____ de 20____.

Assinatura do profissional de saúde

Assinatura do pesquisador

ANEXO A- REGISTRO DOS DADOS DOS GRUPOS DE TABAGISMO

Controle do Tabagismo

Encontrar Grupo Adicionar Registro Editar Registro Salvar Registro Desfazer Registro Excluir Registro

Cadastro

Grupo: ação) Data de início:

Participantes do Grupo

Nº Registro	Escore	Avaliação Clínica	S1	S2	S3	S4	Sem F
▶		0					

Fonte: Sistema de informações-SSC-GHC

ANEXO B TESTE DE FAGERSTRÖN

1- Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

- () mais de 60 min _____ 0
 () entre 31 e 60 min _____ 1
 () entre 6 e 30 min _____ 2
 () menos de 6 min _____ 3

2- Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?

- () não _____ 0
 () sim _____ 1

3- O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?

- () não _____ 0
 () sim _____ 1

4- Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?

- () não _____ 0
 () sim _____ 1

5- Você fuma mesmo quando acamado por doença?

- () não _____ 0
 () sim _____ 1

6- Quantos cigarros você fuma por dia?

- () menos de 11 _____ 0
 () de 11 a 20 _____ 1
 () de 21 a 30 _____ 2
 () mais de 30 _____ 3

TOTAL DE PONTOS – ()

GRAU DE DEPENDÊNCIA

0-2 PONTOS -MUITO BAIXO

3-4 PONTOS – BAIXO

5 PONTOS – MÉDIO

6 – 7 PONTOS – ELEVADO

8-10 PONTOS - MUITO ELEVADO

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e tratamento do fumante**: Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-dasaude/homepage/tratamento_fumo_consenso.pdf>.

ANEXO C - RÉGUA IMPORTÂNCIA E CONFIANÇA EM

Identificação profissional:

(A) Importância

Quão importante diria que é para você aprender sobre Entrevista Motivacional? Em uma régua de 0 a 10, sendo 0 nada importante e 10 extremamente importante, onde você está neste momento?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Extremamente

(B) Confiança (Autoeficácia)

Quão confiante você diria que está, se decidir usar a Entrevista Motivacional em seus atendimentos, de que poderia ter sucesso? Em uma régua de 0 a 10, sendo 0 nada confiante e 10 extremamente confiante, onde você está neste momento?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Extremamente

Fonte: MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational interviewing**: preparing people for change. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2002.

ANEXO D - EXERCÍCIO DE ENTREVISTA DIALOGADA EM

Identificação profissional:

a. Leia o diálogo que mostra o uso de perguntas abertas, afirmação, escuta reflexiva, e resumos

b. Circule e indique:

Uma pergunta aberta

Um exemplo de afirmação

Um exemplo de resumo

Dois exemplos de escuta reflexiva

Um exemplo de resistência

Profissional: Bem, senhor Brazier, o exame de colesterol chegou, e ainda está um pouco elevado. Para que eu não me concentre em algo errado, pergunto se o senhor poderia me contar o que já sabe sobre colesterol alto e o que gostaria de saber. O senhor quer discutir isso neste momento? Ou seria melhor se eu lhe desse algo para ler por agora, e nós discutíssemos as coisas da próxima vez, talvez com a sua esposa?

Paciente: Não, podemos conversar agora. Na verdade, eu já sei bastante coisa sobre o colesterol. Meu irmão fez um exame, e o seu colesterol estava um pouco alto, e nós pesquisamos juntos na internet.

Profissional: O senhor entende os problemas com o colesterol alto. O que acha que esse resultado significa para o senhor?

Paciente: Bem, não tenho certeza do que é melhor fazer a respeito.

Profissional: O que o confunde em relação a isso?

Paciente: Está bem, está alto, mas como posso abaixá-lo, sem parar de fumar ou mudar a minha alimentação, ou entendi isso mal?

Profissional: Não, entendeu bem. Essas mudanças podem fazer uma grande diferença.

Paciente: Mas eu estou preocupado com o efeito que parar de fumar possa ter na minha dieta.

Profissional: Então o senhor está preocupado que parar de fumar possa aumentar o seu peso e ser ruim.

Paciente: Sim, é isso. Meu peso disparou quando eu parei no ano passado. É melhor parar de fumar, mesmo que eu ganhe um pouco de peso, ou eu posso me concentrar apenas na comida por agora e deixar o cigarro para depois?

Profissional: Bem, em média, o maior risco de ter um derrame ou ataque do coração para a maioria das pessoas, especialmente quando têm colesterol alto, é fumar. Os fumantes que têm colesterol alto, mesmo quando comem bem, têm um risco muito maior de ter um ataque cardíaco ou derrame. O que o senhor tira disso?

Paciente: Bem, acho que sabia que, mesmo que a dieta seja importante, de um modo geral, fumar provavelmente seja pior que comer. E, mesmo que ganhe peso, se cortar o cigarro, ficarei melhor. Meu pai morreu de infarto. Tudo bem, ele era velho, mas agora com o meu irmão também com colesterol alto, e agora eu...

Profissional: Posso contar como outros pacientes como vocês pararam de fumar e o que pode ajudar. Isso seria do seu interesse?

Paciente: Está bem, acho que sim.

Fonte: MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational interviewing**: preparing people for change. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2002.

ANEXO E - QUESTIONÁRIO DE RESPOSTA ÚTIL

Identificação profissional:

Instruções: Os seguintes parágrafos são coisas que uma pessoa poderia dizer a você. Em cada parágrafo, imagine que alguém que você conhece está falando com você e está explicando um problema que ele ou ela está tendo. Você quer ajudar dizendo a coisa certa. Pense em cada parágrafo como se você realmente estivesse na situação, com aquela pessoa que fala com você. Em cada caso escreva a próxima coisa que você poderia dizer se você quisesse ser útil. Escreva somente uma ou duas frases para cada situação.

1. Uma mulher com 41 anos diz:

“Ontem à noite o José chegou realmente alto. Ele veio para casa tarde e nós tivemos uma grande briga. Ele gritou comigo e eu gritei de volta e então ele me bateu para valer. Ele quebrou uma janela e a TV, também. Foi como se ele estivesse louco. Eu apenas não sei o que fazer!”

A próxima coisa que você poderia dizer se você quisesse ser útil é:

2. Um homem de 43 anos fala:

“Eu realmente me sinto péssimo. Ontem à noite eu me embabedei e nem mesmo lembro do que fiz. Esta manhã descobri que a tela da televisão está quebrada e eu penso que provavelmente fiz isso, mas minha esposa nem mesmo está falando comigo. Eu não penso que eu sou um alcoólatra, você sabe, porque eu posso ficar semanas sem beber. Mas isso tem que mudar.”

A próxima coisa que você poderia dizer se você quisesse ser útil é:

3. Um homem de 55 anos diz:

“Eu sei que eu não deveria fumar, então não fale que eu deveria parar de fumar. Só que é um hábito duro para quebrar e realmente me relaxa, especialmente quando eu estou no trabalho e preciso dar uma parada. Além disso, meu pai fumou durante 50 anos e viveu quase até os 80. Melhor viver com um pouco de prazer que morrer todo estressado. Eu penso que a tensão me mataria antes do cigarro.”

A próxima coisa que você poderia dizer se você quisesse ser útil é:

4. Uma estudante universitária com 18 anos diz:

“Eu tenho tido relações sexuais com o meu namorado. Nós nunca usamos camisinha e ultimamente eu desenvolvi algumas feridas nas partes íntimas. Eu estou realmente envergonhada. Eu não quero falar sobre isto com meu namorado. Eu tenho medo que ele possa pensar que eu transei com outra pessoa. Eu estou realmente preocupada com a coisa toda e não sei o que fazer.”

A próxima coisa que você poderia dizer se você quisesse ser útil é:

5. Um homem com 57 anos diz:

“Eu sei que eu tenho enfisema. Eu tenho fumado maconha há muito tempo. Eu não posso imaginar não fumar. Eu sei que soa louco, mas na verdade me sinto melhor quando fumo do que quando tento parar. No fim pode ser minha sentença de morte, mas ainda não me matou. Eu não sei... Talvez você possa me prescrever algumas pílulas que façam o mesmo efeito sem acabar ainda mais com os meus pulmões.”

A próxima coisa que você poderia dizer se você quisesse ser útil é:

6. Um professor de 59 anos de idade, desempregado, diz:

“Minha vida não parece valer mais a pena. Eu sou um péssimo pai. Eu não consigo um emprego. Nada de bom acontece para mim. Tudo o que eu tento fazer dá errado. Às vezes me pergunto se vale a pena viver.”

A próxima coisa que você poderia dizer se você quisesse ser útil é:

Fonte: MILLER, W. R.; HEDRICK, K. E.; ORLOFSKY, D. The helpful responses questionnaire: a procedure for measuring therapeutic empathy. **J Clin Psychol.**, Brandon, v. 47, n.3, p. 444-448, May 1991.

ANEXO F - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.6 – [Questões Metodológicas](#): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois

exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#);

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da

Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou

revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá **constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo**).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa

ANEXO G - CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP/GHC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trian, 590
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubião, 20
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 92.787.126/0001-78

HOSPITAL FÊMINA S.A.
Rua Mostardero, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3354.5200
CNPJ: 92.893.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião extraordinária realizada em 15 de junho de 2016, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 16101

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

DANIEL DEMÉTRIO FAUSTINO DA SILVA
RICARDO MELNICK

Título: Avaliação de eficácia da entrevista motivacional na cessão do tabagismo em atenção primária a saúde.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de APROVADO(S) neste CEP.

O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de ética em Pesquisa do GHC e o Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa.

Porto Alegre, 15 de junho de 2016.

ROSA MARIA LEVANDOVSKI
Coordenadora adjunta do CEP-GHC