



Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia
Subprograma Análise Aplicada do Comportamento

O PACIENTE TABAGISTA NO CONTEXTO AMBULATORIAL: UM ESTUDO DESCRITIVO

Autora: Adriana Regina de Oliveira

Orientadora: Profa. Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto

Goiânia
Outubro de 2006



Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia
Subprograma Análise Aplicada do Comportamento

O PACIENTE TABAGISTA NO CONTEXTO AMBULATORIAL: UM ESTUDO DESCRITIVO

Autora: Adriana Regina de Oliveira

Orientadora: Profa. Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Goiânia
Outubro de 2006

Esta Dissertação de Mestrado foi aprovada pela seguinte banca examinadora:

Profa. Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto (Presidente)
Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Abrahão Afiune Neto (Membro)
Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Daniela Sacramento Zanini (Membro)
Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto (Suplente)
Universidade Católica de Goiás

Goiânia
Outubro de 2006

A questão não é se um homem pode conhecer a si mesmo, mas o que ele conhece ao assim agir. (B. F. Skinner, 1983)

Dedico este trabalho a meu saudoso pai – que sempre me incentivou, acreditou nas minhas potencialidades, foi exemplo de amor, garra, humildade e honestidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me deu força, serenidade e sabedoria para superar os obstáculos durante esta trajetória.

A meu esposo, João, a quem amo e admiro, pelo companheirismo, compreensão, incentivo e confiança.

A minha amada mãe, Maria, pelo apoio e amor; a quem ofereço toda gratidão e respeito.

Às minhas filhas, Mariana e Beatriz, por terem suportado minha ausência durante os momentos de estudos. Principalmente a você, Mariana, que cuidou tão bem da Beatriz.

Aos médicos e pacientes que aceitaram participar desta pesquisa, colaborando assim para que este trabalho fosse concretizado.

Ao Professor Doutor Abrahão Afiune Neto por ter aceitado o convite para compor a banca examinadora.

Aos Professores Doutores Daniela Sacramento Zanini e Sebastião Benício da Costa Neto pelas valiosas sugestões.

A Professora Doutora Ilma A. Goulart de Souza Britto, pois sem a sua compreensão e seus estímulos eu não teria superado os obstáculos para concluir este trabalho. Obrigada Profa. Ilma pelo apoio, compreensão e incentivo.

SUMÁRIO

Folha de Avaliação	iii
Epígrafe	iv
Dedicatória	V
Agradecimentos	vi
Lista de Tabelas	viii
Lista de Figuras	ix
Resumo	x
Abstract	xi
Introdução	1
A Relação Médico-Paciente	15
O Comportamento Verbal e o Seguimento de Regras	22
A Terapia Comportamental	28
A Observação do Comportamento em Contextos Clínicos	32
Algumas Considerações e Objetivos do Presente Estudo	34
Método	36
Participantes	36
Ambiente	37
Material	38
Procedimento	39
Concordância entre Observadores	46
Resultados	48
Discussão	60
Referências Bibliográficas	65
Anexos	74
Anexo A - Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito	75
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
Anexo C - Folha de Registro da Frequência de Emissões verbais do M ..	79
Anexo D - Folha de Registro da Frequência de Emissões verbais do P ...	81
Anexo E - Folha de Registro da Frequência de Emissões não-verbais do P	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequência (f) e porcentagem (%) das categorias de ação verbal do paciente em relação ao uso do cigarro. A letra M indica médico, P indica paciente.....	50
Tabela 2. Frequência (f) e porcentagem (%) das categorias de ação verbal do médico frente ao paciente tabagista. A letra M indica médico, P indica paciente.....	54
Tabela 3. Frequência (f) e porcentagem (%) das categorias das ações não verbais dos pacientes tabagistas. A letra M indica médico, P indica paciente.....	57
Tabela 4. Frequência (f) e porcentagem (%) das categorias das ações verbais mínimas do médico e paciente. A letra M indica médico, P indica paciente.....	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Representação esquemática do consultório médico	38
---	----

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi identificar as possíveis categorias funcionais dos relatos verbais dos pacientes tabagistas sobre suas dificuldades em abandonar o uso do cigarro em um contexto ambulatorial. Procurou-se também identificar as categorias funcionais da atuação do médico no sentido de fornecer as informações necessárias ao paciente sobre os malefícios do cigarro. Para tal optou-se por uma metodologia descritiva através da observação direta de comportamentos registrados em vídeo para identificar as possíveis categorias comportamentais presentes no momento da consulta médica. Participaram deste estudo três médicos e nove pacientes provenientes do ambulatório de um hospital particular, sendo três pacientes de cada médico participante. As consultas foram registradas em vídeo, após autorização por escrito, dos médicos e pacientes participantes. Após a obtenção do registro em vídeo, todas as sessões foram transcritas. De posse das transcrições e após várias leituras destas, procedeu-se a identificação das categorias verbais e não-verbais dos pacientes tabagistas sobre o comportamento de fumar, bem como as categorias verbais referentes à atuação dos médicos em relação a tais pacientes. Foram selecionadas sete categorias em relação às ações verbais e 18 das ações não-verbais dos pacientes, também cinco categorias referentes às ações verbais dos médicos. Posteriormente algumas categorias foram divididas em subcategorias. Os resultados indicaram uma alta frequência de falas dos pacientes tabagistas indicativas de sintomas e doenças, dentre outras. Os resultados demonstraram que os pacientes tabagistas relataram aos médicos seus estados emocionais negativos como justificativa para continuar fazendo uso do tabaco. Os dados mostram ainda que os médicos praticamente não informaram aos pacientes sobre tratamentos antitabagismo, bem como não os incentivaram a abandonar o vício. Os dados foram discutidos em relação à extrema importância da atuação médica no sentido de informar, aconselhar ou incentivar seus pacientes sobre tratamentos antitabagismo, sendo que estas ações poderão contribuir no sentido de melhorar a saúde e a qualidade de vida de muitas pessoas. Contudo é previsível que a maioria dos pacientes quer abandonar o cigarro, mas não consegue como demonstrou os dados do presente estudo.

Palavras-chave: Tabagismo; comportamento verbal; comportamento não-verbal; relação médico-paciente.

ABSTRACT

The purpose of this study was to identify the possible functional categories of smoking patients' verbal reports about their difficulties in quitting smoking in an ambulatory context. It was also identified the functional categories of the doctor's role in supplying necessary information to the patient on damages made by the use of cigarettes. For such, it was adopted a descriptive methodology through direct observation of behaviors registered in video to identify possible behavior categories at the moment of the doctor appointment. Three doctors and nine patients from a private hospital ambulatory had participated in this study, being three patients of each participant doctor. The appointments were registered in video and were properly authorized to be used by the patients and doctors. The sessions were transcribed after recorded. After a careful study on these transcriptions, it was initiated the identification of verbal and non verbal categories of smoking patients on smoking behavior, as well as verbal categories of doctor's performance in relation to such patients. Seven categories of patient's verbal actions and eighteen of non-verbal actions were selected. It was also selected five categories referring to doctor's verbal actions. Later on some categories were divided in subcategories. The results had indicated a high frequency in the speech of smoking patients indicating symptoms and illnesses, amongst others. Also, the results had demonstrated that smoking patients reported to doctors their negative emotional situation as a reason to continue making use of tobacco. The data still show that doctors practically do not inform patients about anti-smoking treatments, and they do not encourage them to abandon the addiction. These data was discussed on the extreme importance of doctors' role on informing, advising, or encouraging their patients about anti-smoking treatments, since these actions can contribute to improve health and quality of life for many people. Although it is likely that the majority of patients wants to quit smoking, but is not able to, as it was demonstrated in this study.

Key words: Smoking; verbal behavior; non-verbal behavior; doctor-patient relationship.

O Paciente Tabagista no Contexto Ambulatorial:

Um Estudo Descritivo

Em outras épocas, fumar cigarros estava relacionado ao charme, sendo um comportamento até então apreciado pela comunidade verbal do fumante. Todavia, nas últimas décadas, a dependência da nicotina tem sido apontada em várias pesquisas como um fator de risco altamente importante no desenvolvimento de inúmeras doenças, sendo também essa dependência considerada uma doença que necessita de tratamento. Constitui-se, hoje, em um grave problema de saúde pública afetando a saúde dos fumantes, bem como a das pessoas que com eles convivem. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) considera a fumaça do cigarro um agente de poluição doméstica ambiental, sendo que as crianças são as mais prejudicadas. Ao conviver com os fumantes, os não-fumantes se tornam fumantes passivos, e a probabilidade de desenvolver infecções respiratórias, sobretudo nas crianças, que convivem com mais de dois fumantes em casa é 50% maior. O Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2006) revela que o tabagismo passivo é a terceira maior causa de morte evitável no mundo, superada apenas pelo tabagismo ativo e pelo consumo excessivo de álcool.

De acordo com o Ministério da Saúde/INCA (2006) o número de fumantes no Brasil corresponde a aproximadamente 30,3% da população adulta (11,2 milhões de mulheres, 16,7 milhões de homens e 2,4 milhões são crianças e adolescentes). Estes números sugerem que há um número elevado de fumantes em nosso país. A força da indústria tabagista no Brasil poderia ser considerada como um fator responsável pela alta incidência de fumantes no país. Achutti e Menezes (2001) declaram que o Brasil é o maior exportador de folhas de tabaco e o quarto produtor

de fumo no mundo, sendo que as maiores plantações de fumo do país estão no Rio Grande do Sul.

Rosemberg (1988) resume a história do tabaco e do tabagismo, comentando os principais fatos ocorridos em cada século, desde o século XVII até a última década do século XX, conforme se observa nos parágrafos seguintes.

Em pleno século XVII, o hábito de fumar estava altamente difundido na Europa. Em Paris, surgem descrições da nova moda de fumar, apreciada pelas mulheres nos salões galantes parisienses; tratava-se do “*cigarette*”, sendo este precursor do cigarro.

Na Inglaterra Sir Walter Raleigh, sem a aprovação da rainha Elizabeth I, cultivou o tabaco e consagrou o cachimbo entre a nobreza, sendo o século XVII considerado a idade de ouro do cachimbo. O fumar havia se constituído uma rotina diária e um toque de charme dos novos hábitos sociais adquiridos pelo homem, além de afirmação de virilidade.

Já no início do século XVIII, foi divulgada a moda de aspirar rapé (tabaco em pó). Atribuíram-se ao rapé propriedades medicinais, pois se acreditava que o espirro que ele provocava após sua aspiração eliminava os “humores supérfluos”, “revigorava o cérebro” e “clareava a mente”, além de curar bronquite e outros males respiratórios.

Quando iniciou o século XIX, começou o reinado do charuto, difundindo-se em todos os continentes e tornando-se praticamente universal. Porém, apesar da sua ascensão, a indústria charuteira estava apreensiva, por quanto uma nova modalidade de fumar, mais prática, vinha conquistando as populações: o cigarro, cujo precursor foi o *cigarette* em meados de 1852, logo se espalhou por toda a Europa e Oriente.

No século XIX, aos poucos, o cigarro dominou o mercado, mas a grande

expansão do hábito de consumo do cigarro data da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), espalhando-se de forma epidêmica por todo o mundo a partir de meados do século XX, ajudado pelo desenvolvimento de técnicas avançadas de publicidade e marketing.

Ao finalizar a síntese histórica, Rosemberg (1988) destaca que no Brasil a folha do tabaco, pela importância econômica do produto no país, foi incorporada ao brasão da República.

Pode-se perceber que nos últimos anos, o tabagismo tem sido apontado em pesquisas médicas como o fator mais relevante ou decisivo de certas doenças – o que está relacionado às substâncias contidas na fumaça do cigarro. Uma dessas substâncias químicas do tabaco é a nicotina. De acordo com Rosemberg (2003), o fumante não consome a nicotina pura, pois o tabaco contém mais de 6000 substâncias tóxicas, sendo já identificados inúmeros componentes irritantes e maléficos a saúde do ser humano.

O Ministério da Saúde (1997, 1998a, 1998b) em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) revelam que a grande maioria dos fumantes quer abandonar o cigarro, mas não consegue. Destacam ainda que muitas pessoas reconhecem como o cigarro é prejudicial à saúde, outras ignoram ou desconhecem sua total dimensão. Para muitos, abandonar o tabagismo pode se constituir uma tarefa difícil de ser realizada. Diante de tal situação, a pessoa deve buscar um tratamento especializado para aumentar o sucesso nas tentativas de abandono do uso do tabaco.

Cavalcante (2005) destaca a importância de ações educativas para divulgar informações na comunidade sobre os malefícios do cigarro, sobre cessação de fumar, sobre as estratégias da indústria do tabaco e sobre a legislação para controle do

tabagismo existente no Brasil. Essas ações educativas já existentes incluem as campanhas de conscientização (Dia Mundial sem Tabaco, em 31 de maio, e Dia Nacional de Combate ao Fumo, em 29 de agosto), de organização de eventos comunitários e de divulgação de informações pela mídia. Também envolvem atividades do programa ambientes livres de tabaco em escolas (Programa Saber Saúde), em unidades de saúde (Programa Saúde e Coerência) e ambientes de trabalho (Programa Prevenção Sempre). Para isso, o INCA tem colaborado em vários aspectos para que essas ações descentralizem e atinjam várias regiões através destes programas.

O tabagismo é um importante fator de risco para várias doenças, um dos principais motivos de aposentadoria precoce (Ministério da Saúde/INCA, 1998a) e uma das principais causas evitáveis de mortes prematuras em todo o mundo; dados esses que estão de acordo com a própria Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme esclarece Ferreira (2001). Portanto, é notória a gravidade deste fator de risco mesmo porque há um aumento considerável de mortes anualmente no Brasil e no mundo.

O Ministério da Saúde/INCA (2006) estima que, no Brasil, a cada hora, 23 pessoas morrem vítimas de doenças relacionadas ao fumo. São 200 mil mortes por ano entre os 30,3 milhões de fumantes do país. Destaca ainda que 90% dos fumantes se tornam dependentes da nicotina entre 5 e 19 anos de idade, e a maior concentração de fumantes está na faixa etária de 20 a 49 anos. A nicotina causa dependência química e psíquica via condicionamento: fumar é emparelhado com sensações de alívio e bem-estar.

Também, a OMS (2004) aponta que mundialmente o número de mortes cresce nitidamente, de 3,5 milhões no ano de 1998 a 4 milhões atualmente. O cigarro

mata hoje oito pessoas por minuto em todo o mundo. A estimativa é que, a cada ano, esse número aumente podendo chegar a 10 milhões de mortes por ano até 2030, 70% das quais poderão ocorrer em países em desenvolvimento. Pesquisas indicam que aquelas pessoas que começam a fumar na adolescência e, continuam por duas ou mais décadas, deverão morrer 20 anos antes daqueles que nunca deram um trago (Rosemberg, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde/INCA (2006), o fumo é responsável por 90% dos casos de câncer de pulmão e está ligado à origem de tumores malignos em oito órgãos (boca, laringe, pâncreas, rins e bexiga, além do pulmão, colo do útero e esôfago). Dos seis tipos de câncer com maior índice de mortalidade no Brasil, metade (pulmão, colo de útero e esôfago) tem o cigarro como um de seus fatores de risco.

Francisco e cols. (2006) realizaram um estudo para investigar a prevalência de doença pulmonar entre idosos segundo características sociais, demográficas, econômicas, estilo de vida, mobilidade física e condições de saúde. A metodologia utilizada foi um estudo transversal, de base populacional, do qual participaram 1.957 idosos (60 anos ou mais). As informações foram coletadas por meio de entrevistas. Os resultados mostraram que entre as causas de doença em idosos, a doença pulmonar obstrutiva crônica se destaca devido à sua alta prevalência e caráter progressivo. Em destaque: o enfisema pulmonar e a bronquite crônica, sendo o tabagismo sua principal causa. Concluíram que o presente estudo reforça a importância das doenças respiratórias em idosos, justificando a importância das medidas preventivas e assistenciais específicas.

O estudo realizado por Menezes e cols. (2002) avaliou o risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. Analisaram-se casos incidentes

hospitalares de câncer de pulmão, de laringe e de esôfago diagnosticados por biópsia; os controles foram pacientes hospitalizados por outros motivos, sem ser câncer ou doenças altamente relacionadas ao fumo. O fator de exposição foi o tabagismo medido em três níveis: não-fumantes, ex-fumantes e fumantes atuais, definidos por meio de questionários aplicados por entrevistadores treinados. Os resultados obtidos mostraram que para ex-fumantes com câncer de pulmão, o risco populacional atribuível foi de 63%, para fumantes de 71%. Para câncer de laringe, o risco foi de 74% para ex-fumantes e de 86% para fumantes. O câncer de esôfago mostrou um risco de 54% para fumantes. Concluíram, então, que o fumo é um importante fator de risco e que a cessação do mesmo contribuiria para reduções significativas na incidência de câncer nesses três sítios.

Estudos epidemiológicos demonstraram que a doença coronariana e suas complicações estão associadas a uma grande variedade de fatores de risco. Esses fatores referem-se às condições capazes de aumentar a suscetibilidade de um indivíduo à morbidade e mortalidade da arterosclerose coronária e podem ser classificados em alteráveis: hipertensão arterial, dislipidemias, tabagismo, diabetes, obesidade, vida sedentária, uso de anticoncepcionais hormonais, estresse emocional, etc. e fatores que não podem ser alterados: idade, sexo, raça, antecedentes familiares da doença coronariana (Braunwald, Zipes & Libby, 2001).

Um estudo mundial (INTERHEART) conduzido por Yusuf, Hawken e Ounpuu (2004) identificou nove fatores de risco (tabagismo, lipídeos, hipertensão, diabetes, obesidade, dieta, atividade física, consumo de álcool e fatores psicossociais) que contribuem para mais de 90% do risco de infarto agudo do miocárdio (IAM), em quase todas as regiões geográficas e em todos os grupos racial-étnicos no mundo e que são consistentes em homens e mulheres. O objetivo desse

estudo de casos e controles, feito com mais de 27.000 pessoas conduzido em mais de 50 países, foi determinar as associações entre uma grande variedade de fatores de risco e IAM em populações definidas por etnia e/ou região geográfica. O estudo demonstrou que o tabagismo (mais de 5 cigarros por dia) aumenta o risco de IAM em 40%. O risco aumenta com a quantidade de tabaco fumada por dia. Restringir o consumo de cigarros à metade demonstrou reduzir o risco à metade. Todas as formas de utilização do tabaco são prejudiciais à saúde e políticas globais de prevenção ao tabagismo devem ser implementadas.

De acordo com Lotufo (1996), no Brasil, as doenças cardiovasculares acometem cerca de 300.000 brasileiros ao ano. Sendo uma das principais causas de óbitos (840/dia), ocasionando gastos em assistência médica, implicando maior causa de ocupação de leitos, ou seja, 10,74 dias de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A doença coronariana ou insuficiência coronária ou coronariopatia, doença isquêmica cardíaca ocorre quando há um desequilíbrio entre a oferta de oxigênio e as necessidades do coração em relação a esse elemento, para desempenhar suas funções adequadamente. Uma das primeiras manifestações desse desequilíbrio é a dor, em resposta à falta de suprimento/sangue no músculo cardíaco.

Pesquisas desenvolvidas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), publicadas pelo Ministério da Saúde (2004) revelam que o consumo do tabaco causa cerca de 50 doenças diferentes, principalmente as doenças cardiovasculares (infarto, angina), vários tipos de câncer, doenças respiratórias obstrutivas crônicas (DPOC), tais como: enfisema e bronquite, infecções das vias respiratórias, crises de asma e derrame cerebral. Além destes, o tabagismo ainda pode causar impotência sexual no homem, complicações na gravidez, aneurisma nas artérias, úlceras do aparelho digestivo e trombose vascular. Sendo o câncer de pulmão a primeira causa de morte

no Brasil.

De acordo com Balbani e Montovani (2005), o tabagismo está relacionado a 30% das mortes por câncer. E é um grande fator de risco para desenvolver carcinomas do aparelho respiratório, esôfago, estômago, pâncreas, cérvix uterina, rim e bexiga. Segundo esses autores frequentemente os otorrinolaringologistas atendem tabagistas com doenças inflamatórias ou tumorais das vias aéreas superiores.

O tabaco pode causar gengivites e periodontites, entre outras patologias bucais. Quem fuma tem quatro vezes mais chance de contrair doenças na gengiva. A nicotina acumulada sobre os dentes funciona como substrato para aderência das bactérias e formação do tártaro (Rodrigues, 2001). O tabaco pode acarretar conseqüências mais graves, como o câncer bucal. Segundo Martins (2001), “há relação direta entre o fumo e o carcinoma epidermóide, que é o principal tipo de câncer bucal” (p. 12), alertando que o fumo lesa o DNA das células epiteliais que revestem a mucosa bucal, agindo, dessa forma como carcinógeno. Ressalta ainda que como em todas as doenças, no caso do câncer de boca, o diagnóstico precoce é fundamental para o tratamento, prognóstico e qualidade de vida do paciente.

Ferreira (2001) cita um estudo longitudinal iniciado há mais de 50 anos onde foram acompanhados 40.000 médicos britânicos, 34.000 dos quais do sexo masculino. Verificou-se neste estudo que metade dos fumantes morreu mais cedo por causa do cigarro. Entre os 25% de fumantes mais atingidos pelo cigarro e que morreram entre os 35 e os 69 anos de idade, a perda média de anos de vida foi de 22 anos. Aqueles que morreram com 70 anos ou mais deixaram de viver oito anos em média quando comparados aos não-fumantes. Daí ser importante ressaltar o prejuízo do indivíduo que faz uso do tabaco em relação aos anos de vida causado pelo cigarro.

Segundo Williams (2005), o potencial impacto da interrupção do tabagismo é

impressionante. Em apenas um ano ela reduz o risco cardiovascular em 50%. Após 15 anos, o risco é o mesmo de uma pessoa não-fumante. Ressalta ainda que existam diferentes estratégias para ajudar os fumantes a deixar o cigarro. Conselhos e apoio psicológico, junto com alterações comportamentais e de rotina, produzem múltiplas tentativas de abandono. Esse mesmo autor destaca que a farmacoterapia, como os adesivos de nicotina, os antidepressivos atípicos, os antagonistas dos receptores canabinóides e as novas drogas (vareniclina, por exemplo), apresentam resultados promissores.

Guerra (2004) destaca que a maioria das intervenções para a cessação tabágica inclui uma abordagem multidisciplinar na qual um componente psicofarmacológico é introduzido sustentando, assim, o poder aditivo desta droga e a necessidade de sua substituição para aliviar os sintomas de abstinência. Assim, acompanhado com um suporte psicológico de orientação comportamental, a nicotina é administrada sob as mais variadas formas (mascada, inalada e transdérmica) e a utilização de bupropiona (antidepressivo, Zyban[®]). De acordo com Balbani e Montovani (2005) a farmacoterapia da dependência de nicotina divide-se em: primeira linha (bupropiona e terapia de reposição de nicotina), e segunda linha (clonidina e nortriptilina).

Haggstram, Chatkin, Blanco, Rodin e Fritscher (2001) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar os percentuais de sucesso/fracasso entre os fumantes e analisar possíveis fatores de risco para o fracasso no abandono do tabagismo. Concluíram que foi possível a obtenção de índices de abandono do cigarro considerado satisfatórios fazendo uso de uma metodologia padronizada, mas particularizada para cada paciente. O uso de terapêutica farmacológica aliada a técnicas cognitivo-comportamentais foi associado a maiores proporções de sucesso.

Além das doenças físicas, estudos epidemiológicos apontam para uma associação entre tabagismo e transtornos psicológicos, incluindo os estados de ansiedade (Valença, Nardi & Nascimento, 2001). Estes autores destacam um estudo realizado por Himle (1988, citado por Valença, Nardi & Nascimento, 2001) com pacientes que apresentavam transtornos de ansiedade, encontraram-se elevadas prevalências de tabagismo em pacientes com agorafobia, transtorno de pânico ou transtornos fóbicos com o percentual de até 58% das pessoas que procuravam ajuda terapêutica.

O Ministério da Saúde/INCA (1997) destaca a lista de substâncias que são usadas na fabricação do cigarro fazendo uma relação desses componentes com o uso diário:

- acetona: removedor de esmalte;
- terebintina: diluidor de tinta a óleo;
- formol: conservante de cadáver;
- amônia: desinfetante para pisos, azulejos e privadas;
- naftalina: eficiente mata-baratas;
- fósforo P4/P6: usado em veneno para ratos;
- resíduos de agrotóxicos, como DDT;
- metais pesados: cádmio e cromo.

É importante ressaltar que as substâncias irritantes dos olhos, nariz e garganta também diminuem a mobilidade dos cílios pulmonares, levando fumantes ativos e passivos a constantes quadros de alergia e infecções respiratórias. As três substâncias mais citadas na literatura são: o alcatrão, o monóxido de carbono e a nicotina.

Rosas e Baptista (2002) explicam que o alcatrão provém na maioria das vezes da combustão do papel do cigarro, é um importante agente cancerígeno, responsável

particularmente pelo aparecimento de cancro de pulmão, e em combinação com as outras substâncias, pelo agravamento de doenças respiratórias graves como o enfisema e a bronquite crônica. Para Henningfield (1988), o alcatrão é uma das maiores ameaças à saúde contidas no cigarro, pois é o causador de vários tipos de câncer. Nele há vários tipos de substâncias cancerígenas como, arsênico, níquel, benzoapireno. Como o alcatrão só existe no tabaco queimado, o rapé (tabaco em pó para cheirar) e o tabaco para mascar não liberam alcatrão.

O monóxido de carbono é um gás incolor, muito tóxico, igual ao gerado pelos veículos a motor. Gerado na combustão do cigarro, tem como principal característica fisiológica o fato de associar-se à hemoglobina em forma de carboxihemoglobina, substância que disputa o oxigênio (O_2) com os glóbulos sanguíneos e impede um adequado abastecimento de O_2 nos tecidos e órgãos (Ministério da Saúde/INCA, 1997).

A nicotina é o agente químico responsável pela tabaco-dependência, quando o sujeito está exposto regularmente ao produto (Rosemberg, 1998). Também é reconhecida como uma droga que gera adição, segundo a classificação internacional de doenças da OMS, na mesma categoria da heroína e a cocaína (OMS, 1998). A nicotina está relacionada ao infarto do miocárdio e ao câncer, mas seu papel mais importante é reforçar e potencializar a vontade de fumar (Ministério da Saúde/INCA, 1997).

Enfim, um mesmo produto do tabaco pode acarretar efeito tóxico de diferente intensidade conforme a variação do hábito de fumar. Embora a nicotina tenha ação nociva sobre o organismo, a maior parte dos danos físicos causados pelo cigarro advém do monóxido de carbono e de constituintes do alcatrão. Mesmo assim, é correto afirmar, que a nicotina é o principal alcalóide do tabaco e o principal

responsável por seus efeitos psicoativos (Ferreira, 2001).

De acordo com Seibel e Toscano Junior (2001, p. 5) “(...) as substâncias psicoativas constituem o conjunto dos produtos capazes de modificar o curso do pensamento ou estados da consciência”. Os autores informam que, de acordo com a classificação geral das substâncias psicoativas, o tabaco está classificado como psicoanaléptico, ou seja, substância que “(...) estimula o tônus mental”(p. 5).

A nicotina produz efeitos sobre o funcionamento do organismo que resultam em mudanças fisiológicas e de comportamento, portanto, é considerada uma droga que causa dependência física e psicológica. A dependência física indica que o organismo do indivíduo adaptou-se fisiologicamente ao uso crônico da nicotina desenvolvendo sintomas e sinais orgânicos quando há interrupção do seu uso. A dependência psicológica é a necessidade que o indivíduo sente de utilizar uma droga, de modo que ele possa ter uma sensação máxima de funcionamento de seu corpo e de bem-estar (Ministério da Saúde, 1997; Rosemberg, 1988). De acordo com Rosemberg (2002) quando o fumante vence o desconforto provocado pelas primeiras tragadas do tabaco (mal-estar, tontura, náuseas), o fumante passa a experimentar uma sensação prazerosa pelo uso da nicotina.

Segundo Marques e cols. (2001), uma diminuição de 50% no consumo da nicotina já é capaz de desencadear os sintomas de abstinência nos indivíduos dependentes. A síndrome de abstinência da nicotina é mediada pela noradrenalina e começa cerca de 8 horas após fumar o último cigarro, atingindo o auge no terceiro dia. Os principais sintomas são: ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono (insônia e sonolência diurna), aumento do apetite, alterações cognitivas (diminuição da concentração e atenção) e fissura pelo cigarro (vontade intensa de fumar, com 5 minutos de duração). Por isso os dependentes da nicotina apresentam alívio da

abstinência ao fumarem o primeiro cigarro de manhã.

O fumante pode aprender que não fumar causa irritabilidade, e, sendo esse um dos sintomas da síndrome de abstinência, o uso de cigarros alivia a irritabilidade. Isso gera um aprendizado para o indivíduo, mediante o qual ele passa a considerar a irritabilidade de qualquer causa, por estresse ou frustração como um estímulo ao comportamento de fumar.

A tolerância e a síndrome de abstinência são dois aspectos importantes considerados na dependência física e psicológica. A tolerância seria a necessidade de ingerir quantidades cada vez maiores da nicotina para que se atinjam os mesmos efeitos e a síndrome de abstinência como o aparecimento de sintomas e sinais fisiológicos quando há interrupção do seu uso (Ministério da Saúde/INCA, 1997; Toscano Júnior, 2001).

Consumir cigarro é um comportamento de risco à saúde, aderir a este comportamento pode ser consequência das dificuldades que as pessoas encontram para fazer escolhas saudáveis e optar, assim, por comportamentos sadios. Fundamentos comportamentais e estruturais devem ser considerados na abordagem de qualquer comportamento objeto de análise e pesquisa em promoção da saúde, como é o caso do hábito de fumar.

Estudos epidemiológicos mostram que mais de 70% dos tabagistas desejam parar de fumar. Entretanto menos de 10% alcançam esse objetivo por conta própria, pois o desconforto da abstinência de nicotina e a “fissura” pelo cigarro fazem com que a maior parte dos ex-tabagistas apresente recaída. As recaídas costumam ocorrer entre 2 dias e 3 meses de abstinência (Balbani & Montovani, 2005). Durante essa fase crucial de abstinência, a intervenção médica através do aconselhamento e, se necessário, a prescrição do tratamento farmacoterápico, juntamente com a terapia

comportamental possivelmente teriam grande eficácia na cessação de fumar.

Vários fatores influenciam a entrada no processo de consolidação e manutenção do comportamento de fumar (OMS, 1998). Razões genéticas, psicológicas, sócio-antropológicas, dentre outras, são invocadas para melhor compreensão do fenômeno da generalização progressiva do tabagismo (Rosemberg, 1998). As pessoas começam a fumar influenciadas principalmente pela publicidade maciça da indústria do cigarro nos meios de massa; pais, ídolos e pares, em geral, também têm influência sobre a escolha de fumar (Ministério da Saúde/INCA, 1997). A experimentação, consolidação, manutenção e abandono do hábito de fumar tem, portanto, os seus predisponentes, facilitadores e reforçadores gerados em complexas interações do indivíduo e do seu ambiente, segundo processos largamente explicados e discutidos nas perspectivas genéticas, psicofarmacológica, comportamental e social (Becoña & Vázquez, 1998; Rosemberg, 1988).

Britto, Simões e Teixeira (1999), realizaram um estudo com o objetivo de investigar a relação entre o consumo de cigarro em profissionais de saúde no seu ambiente de trabalho. Participaram da pesquisa 240 profissionais de saúde, de ambos os sexos, com idade média de 35 anos. A amostra foi dividida em dois grupos: 120 profissionais de saúde tabagistas e 120 profissionais de saúde não-tabagistas. Os dados foram obtidos por meio de um questionário semi-estruturado, que continha dados descritivos, levantamento do hábito de fumar e outras variáveis relacionadas ao tabagismo. Verificou-se que o hábito de fumar se iniciou na adolescência, que o tabagismo é mais freqüente entre os profissionais de saúde desquitados e divorciados e que a maioria desses profissionais preocupam-se em não fumar na presença de seu paciente.

Os estudos acima relatados não deixam dúvidas que o fumar é um

comportamento que se inicia na adolescência. Os riscos para a saúde são evidentes e os dados das pesquisas indicam que não há dúvidas em relação à dependência da nicotina e um maior índice de doenças e mortalidade. Neste sentido, observar os comportamentos dos pacientes tabagistas no contexto ambulatorial ganha relevância, posto que observar e descrever deve fazer parte dos métodos de investigação do comportamento em contextos clínicos. Ao ensinar o paciente, o médico cria condições que permitem ao paciente observar e descrever seus sintomas (Britto, Oliveira & Sousa, 2003).

A Relação Médico-Paciente

Uma oportunidade para que os fumantes sejam estimulados a abandonar o uso do tabaco é quando eles procuram os serviços de saúde. A qualidade da relação entre o médico e o paciente tabagista deve ser entendida como um conjunto de múltiplas influências, onde o médico pode investigar o uso do tabaco, perguntar se o paciente deseja interromper o hábito de fumar e aconselhar sua cessação. Caso o fumante não esteja interessado em interromper o uso do cigarro, o médico deve alertar ao paciente sobre os riscos agudos e crônicos do tabagismo. Nesse sentido, poder-se-ia afirmar que todos os fumantes que chegam ao serviço ambulatorial deveriam ser aconselhados pelos profissionais de saúde a interromper o uso do tabaco.

Fernandes e Britto (2005) apontam que na relação médico-paciente os comportamentos dos participantes podem tanto favorecer quanto dificultar o sucesso do tratamento, uma vez que durante a consulta, o médico procura informar o estado patológico em que o paciente se encontra buscando manter o seguimento do tratamento e a sua efetividade. As autoras esclarecem que o trabalho do médico tem como função a promoção à saúde e a adesão ao tratamento; parte do trabalho do

médico é fornecer informações sobre a doença e sugerir mudanças no estilo de vida do paciente, e dessa forma contribuir para reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Balbani e Montovani (2005) afirmam que o aconselhamento médico é fundamental para o sucesso no abandono do fumo, pois o diálogo com o paciente é o primeiro passo. Estes autores destacam que o médico deve avaliar se o doente é dependente ou não da nicotina, quanto fuma, se está disposto a parar de fumar, se tem doenças associadas e quais são as formas de tratamentos mais acessíveis a ele.

Em toda comunidade existem pessoas que por seu prestígio ou pela função que desempenham são líderes de opinião e podem constituir-se eficientes colaboradores de uma campanha antitabágica. Aqueles que exercem maior influência como educadores e modelos de comportamento e que, por isso, são imprescindíveis em toda campanha contra o tabaco são, fundamentalmente, de três grupos: os líderes religiosos, os professores, os profissionais de saúde e dentre esses, os médicos (Halty, Huttner, Santos, Coelho & Gruber, 1994).

Presman, Carneiro e Gigliotti (2005) esclarecem que está em evidência que parar de fumar é uma grande mudança no estilo de vida e traz muitos benefícios à saúde e a maioria dos pacientes espera receber mais informações de seus médicos a respeito do assunto. Destacam ainda que uma das dificuldades para que o tabagismo seja abordado de forma mais freqüente nas consultas médicas de rotina são a escassez de tempo e a percepção, por parte dos profissionais, de que o tratamento do tabagismo não é eficiente. Ressaltando que umas das dificuldades encontradas nos estudos para avaliar a efetividade do aconselhamento breve é que, este não é padronizado e o estilo do médico que faz a intervenção é um fator importante.

Silagy e Stead (2003, citados por Presman e cols., 2005), identificaram 37

estudos que avaliaram a efetividade do aconselhamento médico na promoção da abstinência de tabaco. A casuística abrangeu mais de 27.000 pacientes, a maior parte de populações não selecionadas tratadas em ambulatórios de cuidados primários à saúde. A metanálise de 16 estudos controlados constatou que o aconselhamento breve produziu um pequeno, mas significativo aumento nas taxas de cessação, quando comparado com nenhum aconselhamento. Um aconselhamento mais intensivo demonstrou resultados ligeiramente melhores. Todavia, destacam ainda que o efeito do aconselhamento médico breve isolado, sem a associação de tratamento medicamentoso, é relativamente pequeno e, mais indicado para os que fumam menos de dez cigarros por dia, porém, embora pequeno em termos individuais, o impacto deste tipo de intervenção possa ser muito significativo em termos populacionais, se houver uma implementação sistemática deste tipo de intervenção.

Muitos médicos justificam que a falta de tempo e a dificuldade de abordar o assunto, são as principais barreiras para o aconselhamento; alguns profissionais se preocupam em comprometer a relação médico-paciente (Presman e cols., 2005). Mesmo sem evidências de que o aconselhamento comprometa a relação médico-paciente, McEwen e West (2001) enfatizam que “encontrar tempo para levantar uma questão que não foi o que levou o paciente à consulta e desenvolver a habilidade de fazê-lo de um modo que não interfira com a relação médico-paciente, ainda é um grande desafio” (p.29).

De acordo com Labbadia e Leite (1995), para que um tratamento seja eficaz na tentativa de ajudar a cessar o hábito de fumar, o ideal é que os programas antitabagistas tenham a participação de equipes multiprofissionais, compostas por médicos, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas. Estes programas têm o objetivo de tentar suprimir a dependência física e psicológica do tabagista, visando diminuir

as dificuldades para alcançar e manter a abstinência do cigarro.

Halty e cols. (2002) afirmam que “o médico deve apoiar e estimular o paciente fumante na tentativa de abandonar o vício” (p. 81). Destacam ainda que os melhores resultados dos vários métodos para deixar de fumar são obtidos quando há aconselhamento médico. Essa é uma excelente oportunidade para motivar o paciente fumante a abandonar o fumo.

Neto, Rassi e Labbadia (1998), destacam que os médicos precisam aproveitar a oportunidade de participar no tratamento do tabagismo, pois acreditam que 95% das pessoas consultem um médico em cada cinco anos. Ressaltando que em cada contato entre o tabagista e o médico, há a possibilidade de intervir através de ação preventiva ou de tratamento. Esses autores enfatizam que informar sobre os malefícios do cigarro não é suficiente para o abandono do fumo, primeiramente é preciso motivar o fumante, convencendo-o, para que tenha sucesso nesta decisão.

Fernandes e Britto (2005) relatam que a atuação mais freqüente dos médicos diante dos comportamentos dos pacientes após a enfermidade foi a de solicitar informações adicionais ou confirmações com relação ao comportamento anterior do paciente com o intuito de obter informações relevantes sobre sua história de vida antes do desenvolvimento dos sintomas.

Atualmente, os médicos têm recebido muitas críticas da comunidade. Dunning (2000) ressalta que um dos fatores que tem contribuído para isto é que, a população hoje está mais bem informada e exige maior consideração e transparência dos profissionais médicos. Assim, Zimmerman (1992) enfatiza que o médico deve se esforçar para compreender o paciente, pois não há nada pior no ato médico do que o “diálogo de surdos” ou seja, a falta de comunicação, razão por que é da máxima importância que o médico possa traduzir a linguagem do paciente.

Pereira e Azevedo (2005) ressaltam que o pouco tempo para a realização das consultas médicas e a falta de estrutura dos serviços de saúde são apontados como principais fatores que impossibilitam a empatia, caracterizando a relação médico-paciente como uma mera busca de sintomas para a prescrição de medicamentos adequados às queixas apontadas.

Segundo Balint (1988), ainda na faculdade o médico é preparado para “catequizar” o paciente a seguir as ordens médicas, como se fosse uma religião. Este autor ressalta ainda que a doença não pode ser compreendida como um fenômeno isolado, mas em relação à vida do indivíduo e seu ambiente. Talvez o médico tenha que aprender a trabalhar com a subjetividade do paciente para que a relação entre ambos seja satisfatória.

Gonçalves (1999) destaca que a prática médica deve, por conseqüência, comprometer-se com o homem integral para que possa atingir seus objetivos reais. Além de comprometimento profissional em busca de diagnóstico, o médico deve estabelecer a conduta terapêutica adequada. Ela deve, pois, fundar-se no humanismo autêntico, que enxerga o homem em seus componentes físicos, químicos e biológicos, mas também nos componentes psicológicos, emocionais e sociais. Gonçalves ressalta ainda que o doente seja a própria razão de ser da medicina, objeto das preocupações e da dedicação do médico. Atingido por algum tipo de distúrbio, o doente encontra-se em situação de dependência, física quase sempre, mas emocional em todas as situações. Ele procura o médico, em primeiro lugar em busca de tratamento da afecção que o atinge, mas também procura carinho, compreensão, apoio, companhia e calor humano.

Londres (1998, citado por Gonçalves, 1999) expressa:

Nada do que é feito ao meu corpo o é isoladamente, sem atingir a mim como

pessoa em meus outros campos, além do campo biológico. Eu não levo meu corpo à consulta, sou eu quem vai consultar um médico, para que ele me trate e não para que trate o meu corpo (p. 3).

Considerando que a doença é uma forma de o indivíduo explicitar conflitos internos, Balint (1988), afirma que “o remédio mais usado em medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisam ser conhecidos em sua posologia, reações colaterais e toxicidade”(p. 102). Assim, o paciente pode sair da consulta reforçado emocionalmente ou agravado, tudo vai depender da postura que o médico adotar em relação a ele.

Durante as consultas os pacientes fazem referências a aspectos pessoais e familiares, evidenciando a importância destes na sua condição de saúde. No entanto, os médicos, em sua maioria, escutam e até reconhecem a pertinência da questão apresentada, mas não a exploram com o paciente, da mesma forma e profundidade como fazem com relação aos sintomas e sinais da doença como efeito.

Issa, Forti, Giannini e Diament (1998) realizaram um estudo para avaliar a efetividade da intervenção sobre o tabagismo, realizada por médico cardiologista em rotina de ambulatório, utilizando a prescrição de adesivos de nicotina. Concluíram que a intervenção sobre o tabagismo pode ser realizada em rotina de atendimento cardiológico com resultados satisfatórios. Os autores afirmam que os adesivos de nicotina são seguros e bem tolerados, e devem ser utilizados, mais frequentemente, no auxílio aos fumantes, para deixarem de fumar.

Caprara e Rodrigues (2004) esclarecem que é necessário desenvolver uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes que possibilite uma maior qualidade na relação. Sendo que o primeiro ponto a ser apresentado para reflexão é relativo ao comportamento profissional do médico. Este deve incorporar aos seus

cuidados a percepção do paciente acerca de sua doença. Esses autores ressaltam que isto não significa que os médicos tenham de se transformar em psicólogos, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico, precisam ter sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença.

Antes de criticar qualquer prática médica se faz necessário analisar a atual situação que se encontra o profissional em questão, ou seja, quais são suas condições de trabalho e a remuneração que recebe. De acordo com Andolfi (1996, citado por Soar Filho, 1998), não se pode falar do encontro entre o médico e seu cliente como algo em abstrato, como um processo isolado e descontextualizado entre duas pessoas. O ideal seria falar em relações médico-enfermidade-cliente, ou médico-família-cliente, ou ainda médico-instituição-cliente, e assim por diante. O médico, às vezes, tem que se defrontar com doenças impregnadas de carga simbólica, ou seja, tratar de uma pessoa com a mesma doença de um ente querido que acabara de falecer. Há também uma expectativa muito grande da família em relação ao médico, o que poderá dificultar a relação médico-paciente. E na terceira relação destacada por Andolfi (1996), o médico pode ter sua disponibilidade interior aumentada em função das condições de trabalho e da remuneração que recebe: é comum a designação de “paciente diferenciado” para os clientes que remuneram melhor o trabalho médico, os quais, muitas vezes, são atendidos mais prontamente e com maior cortesia. Por outro lado, são comuns as situações em que o médico se torna, perante o cliente, um depositário da frustração e da raiva produzidas pela instituição, ao ser visto como um vilão representante de um sistema de saúde incompetente e desumano. Por fim, pode também ser hostil com o cliente diante dos maus salários recebidos ou pelas más condições de trabalho.

Laranjeira, Lourenço e Samaia (1998) afirmam que o papel do clínico em relação ao tabagismo é muito importante. Estes autores destacam também em seu artigo que a Associação Médica Americana está no momento treinando cerca de 100 mil médicos para identificar e aconselhar os pacientes com problemas relacionados ao álcool e ao fumo. No Reino Unido, onde os clínicos gerais tem um contrato formal com o governo sobre as suas funções, faz parte desse contrato perguntar e orientar sobre álcool e fumo todos os pacientes que comparecem à consulta. Essas ações foram conseqüências de inúmeras pesquisas que mostraram a eficácia de intervenções breves com fumantes feitas pelo clínico.

Existe uma grande relutância dos médicos em aconselharem seus pacientes para parar de fumar. Existem evidências de que bastam 3 a 5 minutos de aconselhamento direto sobre o fumo para que 8% dos pacientes parem de fumar. Embora esse número aparentemente seja pequeno, quando traduzido para os milhões de consultas feitas a cada ano, podemos ter idéia do real impacto causado em termos de saúde pública (Henningfield, 1995).

Mirra e Rosemberg (1997) afirmam que o médico tem notável poder de persuasão, ajudando o tabagista a vencer a dependência da nicotina, pois as pessoas quando procuram o médico querem receber maior apoio desse profissional no sentido de solucionar seus problemas de saúde, sendo que poderá convencer seu paciente de que ao abandonar o fumo ele poderá viver melhor e mais tempo.

O Comportamento Verbal e o Seguimento de Regras

Na interação médico-paciente, uma das funções do comportamento verbal no contexto clínico relaciona-se a história de vida do paciente. Neste sentido, estudos que abordam no contexto ambulatorial, o modo pelo qual os pacientes tabagistas

relatam ao médico em que condições fazem uso do cigarro e as informações ou instruções do médico sobre os malefícios do tabaco e seus conseqüentes, ganham pertinência. Assim, a relação construída entre o paciente tabagista e o médico é o foco da análise do presente estudo.

Uma das maneiras de observar o comportamento é relacioná-lo com as condições ambientais das quais ele é função. Assim, torna-se possível encontrar algumas das razões porque fazemos o que fazemos ou porque falamos desta ou daquela maneira. O que ocorre quando falamos ou respondemos a uma fala é claramente uma questão que diz respeito ao comportamento verbal e, portanto, uma questão a ser respondida com os conceitos e técnicas da psicologia enquanto ciência do comportamento (Skinner, 1978).

Como declara Todorov (1989), a análise do comportamento é uma linguagem da psicologia que vê seu objeto como o estudo de interações organismo-ambiente. Interessa-se especialmente pelo homem, mas estuda também interações envolvendo outros animais sempre que houver algum motivo para supor que tais estudos possam ajudar no esclarecimento de interações homem-ambiente.

Skinner (1978) propõe uma análise funcional da linguagem afirmando que linguagem é comportamento e, portanto, deve ser analisada seguindo os mesmos princípios que controlam qualquer outro tipo de comportamento.

Para Skinner, tal como escreveu Passos (2003), o comportamento verbal é comportamento operante: age sobre o ambiente e sofre as conseqüências das alterações nele provocadas. Tais conseqüências, seja o reforço ou a punição, determinarão a probabilidade da emissão futuro do comportamento. O que diferencia o comportamento verbal é que, nesse caso, as relações entre a conseqüência promovida pelo ambiente e a resposta são reguladas por práticas sociais.

Skinner (1978) afirma que a linguagem se refere ao conjunto de práticas de reforçamento de uma determinada comunidade verbal. O uso do termo comportamento verbal foi adotado por sugerir a ação de um indivíduo (falante) e também por especificar que o comportamento é fruto de uma história de aprendizagem, sendo assim modelado e mantido por contingências sociais. Assim, o foco da proposta skinneriana consiste na busca de relações funcionais que expliquem o comportamento verbal, definido como um comportamento operante mantido por contingências de reforços sociais fornecidas pela comunidade verbal na qual a pessoa está inserida.

Os comportamentos da pessoa como falante e como ouvinte precisam ser analisados separadamente, visto que, são definidos por contingências ambientais específicas. O produto final do comportamento verbal do falante constitui um estímulo discriminativo verbal para o comportamento do ouvinte, que não é necessariamente verbal, mas pode reforçar o comportamento verbal do falante. Interações verbais entre falantes e ouvintes definem os “episódios verbais” (Skinner 1991).

Com efeito, Simonassi e Cameschi (2003), argumentam que os ouvintes reforçam o comportamento do falante ao ser informado, ensinado, aconselhado e orientado por regras expressas. Desta forma, destaca-se

Assim, simplificando, o falante diz ao ouvinte o que fazer ou o que aconteceu, porque os ouvintes reforçaram um comportamento similar em situações similares, e os ouvintes o fazem porque, em situações parecidas, certas conseqüências reforçadoras se seguiram aos seus comportamentos. (Skinner, 1991, p. 58).

Na interação verbal entre médico e paciente, ambos exercem o papel de

falante e ouvinte, porém cada um com sua função. Nesta relação há um conjunto de múltiplas influências, onde um pode influenciar o outro em maior ou menor grau. No contexto ambulatorial, o médico no papel de falante poderá influenciar na mudança do comportamento de fumar do paciente através de informações, conselhos, incentivos, dentre outros.

Skinner (1985) define comportamento operante como aquele que opera no ambiente produzindo modificações e sendo afetado por essas modificações. Esse tipo de comportamento é aprendido, fruto de uma história de reforçamento. Essa definição ressalta a importância de variáveis ambientais, tanto as que antecedem um determinado comportamento quanto as que o sucedem, sendo esse tipo de análise chamada análise funcional (Baum, 1999). Assim, as explicações e causas do comportamento devem ser buscadas em variáveis ambientais, sendo essa afirmativa o alicerce para o desenvolvimento de uma ciência do comportamento.

Skinner (1985) ao analisar os efeitos do comportamento verbal sobre o comportamento do ouvinte, destaca a importância da linguagem, pois ela pode afetar e mudar comportamentos verbais e não-verbais dos indivíduos envolvidos nos episódios verbais. Destacando ainda que comportamento verbal e linguagem sejam fenômenos diferentes, pois comportamento verbal refere-se ao comportamento de indivíduos e linguagem às práticas de uma comunidade lingüística.

Em relação ao comportamento verbal, Skinner (1985), argumenta que antes de qualquer coisa, este é comportamento. Ao buscar compreender porque um organismo se comporta de uma determinada maneira, é necessário retomar à sua história individual, isto é, as relações entre comportamentos e conseqüências ocorridas no passado. Essa análise é objeto de estudo de uma abordagem em Psicologia denominada Análise do Comportamento. Para que haja comportamento

verbal é necessário um falante e um ouvinte, formando assim um episódio verbal. Neste sentido, Bird (1955, citado por Malerbi & Matos, 1992, p.408) destaca:

De todas as técnicas que aumentam o poder de observação de um médico, nenhuma sequer aproxima-se, em valor, do uso habilidoso das palavras faladas – as palavras do médico e as palavras do paciente. Em toda a medicina, o uso das palavras é ainda a principal técnica diagnóstica.

Uma das formas desse controle verbal ocorrer é através das regras ou instruções. Matos (2001) afirma que as regras são estímulos discriminativo de um tipo especial: elas envolvem o comportamento verbal de uma pessoa, a pessoa que emite a regra. Diante disso, o controle por regras deveria envolver uma análise do contexto social do falante (que emite a regra) e do ouvinte (que seguirá ou não a regra). Então o ouvinte será reforço para o falante, definindo o estudo de regras dentro do estudo do comportamento verbal.

O falante percebe uma parcela do mundo no sentido literal de captá-la ou apreendê-la. O falante transforma essa representação adquirida em palavras, cujos significados, correspondem àquilo que o falante percebeu. O ouvinte extrai os sentidos das palavras e extraem outra representação. Ou seja, o ouvinte recebe o que o falante percebeu, então, ouve uma comunicação que pode ser comum ao falante e ao ouvinte (Skinner, 1991).

Pode-se perceber que, para Skinner (1984), regras são estímulos que facilitam a aquisição de comportamentos. Ele argumentou que as regras podem facilitar o desempenho mais que o reforço diferencial, sob certas circunstâncias, afinal é um estímulo antecedente a mais fornecido pelo ambiente. Entretanto, por uma questão de seleção por conseqüências (Skinner, 1981), seria útil pensar que as regras não estão presentes em todos os momentos da vida de alguém, por isso a importância da

exposição dos organismos às contingências ambientais para que seus comportamentos sejam selecionados pelas contingências de reforço do ambiente.

Uma outra questão relevante ao comportamento governado por regras é que uma história de seguir regras pode tornar os indivíduos suscetíveis ao controle verbal de figuras autoritárias. Quando os indivíduos simplesmente seguem ordens, as instruções podem criar também problemas de maneiras mais sutis (Catania, 1999), como, por exemplo, a insensibilidade comportamental. Madden, Chase e Joyce (1998) definem sensibilidade comportamental como a mudança sistemática e replicável do padrão ou da taxa do comportamento de acordo com a contingência de reforço e insensibilidade quando não há essa mudança, ou seja, quando a contingência de reforço muda, porém o comportamento continua inalterado.

Entende-se como regra um evento antecedente que controla de alguma forma o comportamento do indivíduo. Para analisar como a regra pode governar o comportamento de alguém, igualmente importante é analisar a interação entre a regra, o comportamento e as conseqüências para o indivíduo, ou seja, a contingência tríplice.

Santos, Paracampo e Albuquerque (2004) esclarecem que regras são estímulos que podem especificar o comportamento a ser emitido, ou seja, a forma, a freqüência, e a duração do comportamento; as condições sob as quais ele deve ser emitido que diz quando e onde o comportamento deve ocorrer e suas prováveis conseqüências, esta acontecerá se a regra for seguida. Assim, instruções, avisos, conselhos, ordens, leis seriam exemplos de regras. Dessa forma, pode-se dizer que é possível mudar o comportamento do outro rapidamente, instruindo.

A Terapia Comportamental

Existem programas que incluem o uso de medicamentos e terapia comportamental para ajudar aqueles que tentam abandonar o uso do cigarro e não conseguem. Ferreira (1996) alerta, porém, que a demanda é grande, por isso faz-se necessária a qualificação de profissionais, uma maior preocupação das organizações governamentais e não-governamentais, enfim, da sociedade em geral. Com essa parceria seria possível obter melhores resultados em relação ao abandono do cigarro. Além da abordagem medicamentosa a terapia comportamental é apontada por importantes jornais e revistas de medicina do mundo, como um dos métodos que tem eficácia comprovada, com evidência científica nos tratamentos antitabagistas.

Marques e cols. (2001) apontam que os grupos de auto-ajuda e a psicoterapia cognitivo-comportamental são coadjuvantes eficazes no tratamento da dependência de nicotina, principalmente se a dependência é acompanhada de outras afecções como a depressão e a ansiedade.

O Ministério da Saúde (1997) alerta que a terapia comportamental “é a estratégia mais indicada para ajudar um fumante a deixar de fumar, pois o deixar de fumar é um processo, e na maioria das vezes leva tempo, uma vez que envolve mudanças de comportamento” (p. 24).

Deve-se ressaltar que os processos de mudança são ferramentas como técnicas cognitivo-comportamentais que os indivíduos usam frequentemente para efetuar suas mudanças de comportamento. Este modelo de abordagem é muito usado por profissionais da saúde para auxiliar qualquer situação na qual o que se busca é a mudança de comportamento de risco, principalmente onde há dependência (Ministério da Saúde/INCA, 2000).

De acordo com Cavalcante (2005), a literatura demonstra que a abordagem

cognitivo-comportamental está entre aquelas cuja eficácia para cessação de fumar é cientificamente comprovada. Enfatiza também que esta abordagem envolve um processo cujo primeiro passo é fazer o fumante conhecer a real dimensão dos riscos e danos causados pelo tabaco e exemplifica destacando que muitos ex-fumantes relatam que, para conseguir ficar sem fumar durante os momentos de grande ansiedade, buscam uma visualização mental de um pulmão ou outro órgão danificado pelo tabaco ou mesmo de uma pessoa próxima que tenha sofrido de alguma doença grave relacionada ao tabagismo.

Existe em alguns estados do Brasil, como Rio de Janeiro e São Paulo, uma medida que obriga à inserção das imagens e do número de telefone do Disque Pare de Fumar nas embalagens e no material de propaganda dos produtos derivados do tabaco. Ou seja, coloca também à disposição da população a abordagem cognitivo-comportamental breve oferecida por meio desse serviço telefônico gratuito (Cavalcante, 2005).

Rangé (1988) faz uma breve definição de terapia comportamental: a terapia comportamental pode ser considerada como uma prática que se baseia em uma perspectiva naturalista em psicologia e em um modelo sócio-psicológico do comportamento segundo o qual não há diferença qualitativa entre o comportamento normal e o comportamento anormal: ambos são o resultado de um processo de aprendizagem e são mantidos pelos mesmos princípios, não sendo necessários à intervenção psicoterápica a atribuição de rótulos ou traços de personalidade nem o exame de supostas patologias subjacentes.

A terapia comportamental pode ser definida também como um tipo de abordagem que envolve o estímulo ao autoconhecimento, ou seja, o conhecimento de si mesmo, assim o paciente irá aprender como escapar da dependência e tornar-se

um agente de mudanças de seu próprio comportamento. Torós (1997) ressalta que não cabe à terapia comportamental eliminar ou resolver os problemas do paciente, mas sim ajudá-lo a desenvolver uma série de ferramentas para que ele possa usar na sua vida diária, eliminando assim comportamentos inadequados e desenvolvendo novas habilidades. Assim, o autoconhecimento é visto como a possibilidade do indivíduo se conhecer e estar atento às condições em que age e às conseqüências dessas ações, ampliando a possibilidade de agir de forma mais adaptada e funcional no meio em que vive, e promovendo uma melhoria na sua qualidade de vida.

A primeira consideração que deve ser feita é que o comportamento do cliente tem uma função (Delliti, 1997). Esta autora destaca que é importante observar que os comportamentos, adequados ou inadequados, tem uma função no meio em que o paciente vive, ou seja, foi selecionado pelas suas conseqüências, assim cabe ao terapeuta investigar por que este comportamento se instalou e como se mantém. Não adianta simplesmente remover um comportamento inadequado sem antes analisar a função deste na vida do indivíduo. Comportamentos podem ser inadequados vistos socialmente, mas podem ser a única alternativa que o cliente encontrou para se afastar de eventos aversivos (isolamento social, apanhar, etc.) ou para se aproximar de eventos reforçadores (como carinho, afeto, reconhecimento, etc.). Assim o terapeuta deve ajudar o paciente a desenvolver novos repertórios que possam substituir aqueles inadequados, para que ele possa obter conseqüências tão ou mais reforçadoras.

De acordo com Malerbi e Matos (1992), o comportamento do paciente tem uma função, o terapeuta utiliza-se da análise funcional como forma de organizar os dados da interação do cliente com o seu meio, ou seja, a ocasião nas quais as respostas ocorrem, as próprias respostas, e as conseqüências destas respostas.

Através desta análise o terapeuta poderá, juntamente com o cliente, levantar hipóteses acerca da instalação e manutenção de determinados comportamentos, bem como sobre suas funções e conseqüências a curto, médio e longo prazo. No caso do paciente tabagista ele poderá aprender que o estímulo cigarro provoca a resposta de fumar, e que a conseqüência imediata é reforçadora, ou seja, a sensação de alívio e bem-estar. A médio e longo prazo, este mesmo estímulo e resposta trarão conseqüências desagradáveis à vida do paciente comprometendo sua saúde e qualidade de vida.

Segundo Batitucci (2001), alguns princípios irão direcionar o terapeuta comportamental durante o processo de autoconhecimento do paciente, já que qualquer tipo de terapia envolve, em uma primeira análise, o conhecer a si mesmo. O paciente normalmente busca a terapia na tentativa de se relacionar melhor com as outras pessoas e com o mundo, aproveitar melhor o seu potencial e extrair o máximo de felicidade de sua vida.

Para ajudar o paciente a alcançar tais objetivos há um contexto amplo a ser analisado pelo terapeuta, pois não se pode falar de como o indivíduo agiu, o que pensou e o que sentiu, sem saber o contexto em que isso aconteceu. “Tire algo do seu contexto e ele perderá o seu significado. Ponha este algo em um novo contexto e ele significará outra coisa” (Kohlenberg & Tsai, 2001, p. 4). Daí surge a importância de entender o indivíduo que se comporta segundo o contexto e quais são os três níveis de determinação do comportamento que nas descrições de Skinner (1981) são: filogenético (história da espécie); ontogenético (história do indivíduo); e cultural (história da sociedade).

Essa idéia é de grande importância no processo de autoconhecimento em terapia, pois o paciente vai descrever sentimentos e o psicólogo deve buscar entender

sobre estes sentimentos segundo o ponto de vista do cliente, ou seja, fazendo uma análise funcional das condições em que o comportamento ocorre e estando atento às funções das palavras usadas pelo cliente.

A Observação do Comportamento em Contextos Clínicos

De acordo com Britto e cols. (2003), as técnicas de observação tiveram seu início no trabalho de Darwin, realizado em 1872. Através da observação comportamental Darwin descreveu várias reações emocionais, tais como: dor, choro, ansiedade, surpresa, medo, dentre outras, relacionando suas origens com a anatomia e fisiologia dessa época. Britto e cols. (2003, p. 141) afirmam que “o registro obtido por meio da gravação em vídeo é o mais próximo do real, isto é, há uma relação entre o registro e o que ocorreu na sessão. O que é exigido neste tipo de estudo é o rigor nas mensurações, semelhantes aos estudos experimentais com controle de variáveis”.

Kreppner (2001) afirma que somente a câmera pode produzir com originalidade e objetividade uma situação observada. Através das gravações em vídeos os pesquisadores poderão ter acesso à situação observada sem que haja distorção.

Este autor destaca ainda que as categorias não precisam mais ser predefinidas, deixando de lado uma adequação forçada dos dados coletados, pois com a possibilidade de assistir várias vezes a mesma filmagem, os pesquisadores poderão explorar vários fatores da mesma situação, podendo assim criar novas categorias relacionadas à própria observação.

É importante ressaltar a importância dos estudos realizados em contextos ambulatoriais na busca da observação e análise de comportamentos, sendo o registro em vídeo um dos métodos confiáveis (Fernandes & Britto, 2005).

No contexto ambulatorial uma das técnicas mais utilizadas para proceder à coleta de dados é a observação direta através da gravação em vídeo, que consiste na verificação executada por pessoas aptas, que tem a tarefa de colher as informações a partir da observação direta.

A observação direta é uma técnica recomendada quando se deseja conhecer a atitude, o comportamento, o relacionamento entre pessoas a respeito de um determinado assunto (Lakatos & Marconi, 2003).

A técnica de observação recebe crítica dada ao seu subjetivismo na captação e interpretação dos dados considerados importantes. Para evitar a subjetividade, recomenda-se usar como instrumento o formulário ou folha de registro, pois assim o investigador irá registrar o que foi observado, evitando assim sobrecarregar a memória, dando maior uniformidade aos dados e diminuindo a possibilidade de somente se registrar aspectos peculiares, excepcionais ou pitorescos, que por qualquer motivo tenham chamado a atenção especial do observador (Cruz Neto, 2000).

A interpretação dos dados é a etapa que busca dar um significado mais amplo às respostas obtidas na coleta de dados. De acordo com Gomes (2000, p. 69), pode-se apontar três finalidades para a etapa de análise e tratamento de dados: “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte”.

A análise e interpretação dos dados já organizados fornecerão subsídios para o estabelecimento de categorias, devido a variedade de respostas que se espera obter durante a pesquisa. Para Gomes (2000, p. 70), trabalhar com categorias significa

“(...) agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso”.

Algumas Considerações e Objetivos do Presente Estudo

Sabe-se que para que se possa entender e fundamentar teoricamente um estudo é imprescindível rever, analisar e discutir informações já publicadas sobre o assunto. Procurou-se selecionar os estudos e as pesquisas relacionadas diretamente com o problema investigado, sintetizando-se as idéias ou resultados, na tentativa de sustentar teoricamente a investigação e levar a compreensão do problema.

Vários fatores motivaram a realização do presente trabalho. Mesmo o tabagismo sendo um fator de risco importante para o desenvolvimento de várias doenças, observa-se ainda um grande número de indivíduos fumantes. O médico é um profissional muito procurado pelo paciente para o tratamento de sua condição de saúde. Existe uma relação de múltiplas influências entre o médico e o seu paciente, onde uma relação satisfatória poderá contribuir para o sucesso do tratamento.

No presente estudo procurou-se levantar algumas questões sobre as variáveis que possivelmente ocorrem no contexto ambulatorial. O paciente tabagista relata a seu médico suas dificuldades em abandonar o cigarro? Ele conhece os malefícios causados pelo cigarro? E o médico informa ao paciente sobre os malefícios do cigarro? A partir dessas questões, foi possível conhecer e estudar, partindo da realidade presente no local da pesquisa alguns aspectos da relação médico-paciente relacionados ao tabagismo.

O presente estudo teve então como objetivo descrever as possíveis categorias funcionais dos relatos verbais do paciente tabagista sobre suas dificuldades em abandonar o uso do cigarro no contexto ambulatorial. Neste sentido, procurou-se

levantar também as categorias funcionais da atuação do médico no sentido de fornecer as informações necessárias ao paciente sobre os malefícios do cigarro.

Contudo, deve-se esclarecer que o presente estudo possui caráter exploratório, circunstância em que se fez uso de metodologia descritiva através da observação direta de comportamentos registrados em vídeo para identificar as possíveis categorias comportamentais que compuseram a presente investigação.

Método

Participantes

Participaram deste estudo três médicos e nove pacientes provenientes do ambulatório de um hospital particular localizado em Goiânia, Goiás. A todos os participantes foram atribuídas siglas com o intuito de resguardar suas identidades como descritos na seqüência abaixo.

- Médico participante 1 (M1): sexo feminino, 36 anos, com experiência de 7 anos como cardiologista.
- Paciente participante 1 (P1): sexo feminino, 46 anos, professora, casada, com nível de escolaridade superior, residente em Goiânia, fumante há 30 anos.
- Paciente participante 2 (P2): sexo masculino, 36 anos, empresário, solteiro, com nível de escolaridade superior, residente em Goiânia, fumante há 20 anos.
- Paciente participante 3 (P3): sexo feminino, 52 anos, do lar, divorciada, com nível de escolaridade primeiro grau incompleto, residente em Goiânia, fumante há 36 anos.
- Médico participante 2 (M2): sexo masculino, 60 anos, com experiência de 32 anos em clínica médica.
- Paciente participante 4 (P4): sexo feminino, 24 anos, do lar, casada, com nível de escolaridade segundo grau completo, residente em Iporá-GO, fumante há 10 anos.
- Paciente participante 5 (P5): sexo feminino, 58 anos, do lar, viúva, com nível de escolaridade primeiro grau incompleto, residente em Goiânia, fumante há 45 anos.

- Paciente participante 6 (P6): sexo feminino, 52 anos, funcionária pública, casada, com nível de escolaridade superior completo, residente em Goiânia, fumante há 35 anos.
- Médico participante 3 (M3): sexo masculino, 34 anos, com experiência de 5 anos em cardiologia.
- Paciente participante 7 (P7): sexo masculino, 72 anos, aposentado, casado, com nível de escolaridade primeiro grau incompleto, residente em Goiânia, fumante há 60 anos.
- Paciente participante 8 (P8): sexo masculino, 25 anos, mecânico, solteiro, com nível de escolaridade primeiro grau completo, residente em Goiânia, fumante há 11 anos.
- Paciente participante 9 (P9): sexo feminino, 65 anos, do lar, viúva, com nível de escolaridade primeiro grau incompleto, residente em Goiânia, fumante há 55 anos.

Ambiente

As observações e os registros em vídeo foram realizados em consultório médico de um hospital particular de Goiânia. O consultório utilizado no presente estudo mede aproximadamente 14 m² e contém uma mesa, duas cadeiras, uma maca, um armário, uma pia, papeletas e prontuários. Este consultório foi equipado, para atender às necessidades desta pesquisa, com uma câmera de vídeo VHS instalada próximo aos pacientes, com o intuito de captar com maior precisão todos os sons emitidos. A Figura 1 traz a representação esquemática do consultório.

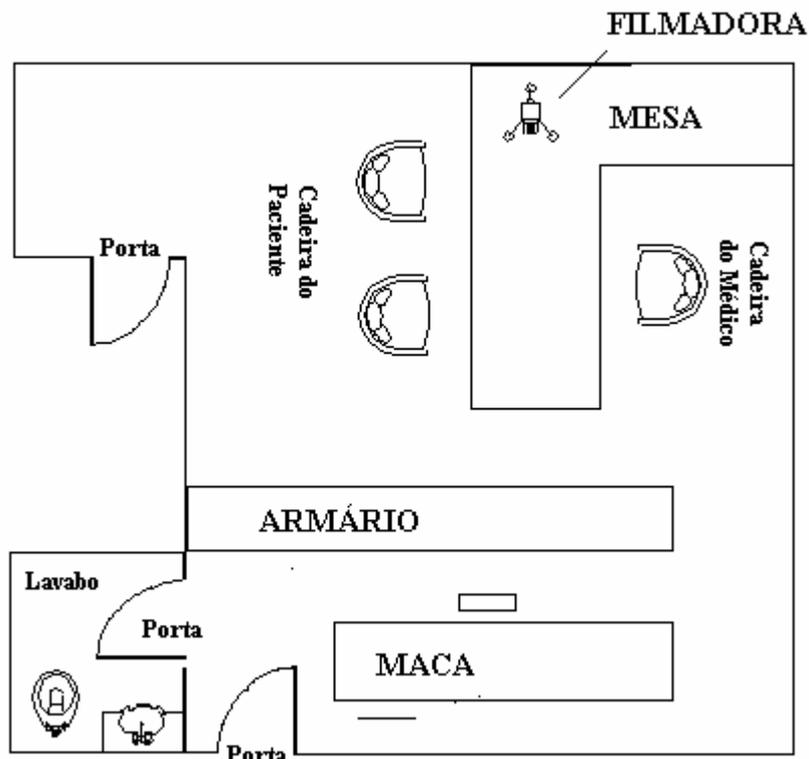


Figura 1. Representação esquemática do consultório médico.

Material

Folhas de Registro: As folhas de registros possuíam cabeçalho com espaço para as iniciais e o número da consulta, a atividade a ser desenvolvida, a data da observação e espaços para registro das categorias comportamentais. Também continham espaços nos quais foram registrados os comportamentos verbais do médico, indicativos da atuação profissional desse participante e suas funções. Igualmente foram construídas folhas de registro nas quais foram registrados os comportamentos verbais e não-verbais dos pacientes, indicativos de suas dificuldades em abandonar o uso do cigarro bem como o conhecimento ou não-conhecimento dos malefícios do tabagismo. As folhas de registro foram desenvolvidas pela mestranda-pesquisadora e podem ser visualizadas nos Anexos C, D e E.

Câmera filmadora: da marca JVC[®], modelo Compact VHS, Digital Signal Processing, 140X-GR-AX1010U, produzida pela Victor Company of Japan, Ltda. Yokohama, Japan.

Fita de VHS: da marca JVC[®], modelo EHG Hi-Fi, Extra High Grade, com capacidade de 30 minutos de gravação. Para realizar a análise dos dados com este tipo de fita foi utilizado um adaptador de fita de vídeo da marca JVC[®].

Aparelho de TV: da marca Sony[®], modelo Trinitron, em cores, 29 polegadas, com som estéreo para maior precisão acústica no momento de sua utilização para a transcrição das verbalizações dos participantes, para a observação dos registros em vídeo.

Aparelho de videocassete: da marca Philips[®], modelo VR 599-19 Micron Super 4 Head, produzido no pólo industrial de Manaus. Utilizado para a transcrição das verbalizações dos participantes, para a observação dos dados registrados em vídeo.

Procedimento

Na tentativa de conseguir um número maior de participantes, foram feitos contatos com 13 médicos e 30 pacientes, sendo que somente três médicos e nove pacientes assinaram o documento que lhes foi encaminhado. O documento era para ser lido e por seu meio obter a autorização dos participantes para a realização do procedimento (Anexo A e B). O documento continha cláusulas a respeito do sigilo das informações, da garantia do anonimato dos participantes e da permissão para a divulgação dos resultados do estudo em congressos ou eventos científicos. Também foi obtido o Termo de Aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Goiás, COEP/UCG – número: 0036.0.168.000-06.

Os participantes, tanto os médicos como seus pacientes tabagistas, foram informados que a mestranda-pesquisadora, sua orientadora e uma pessoa com experiência prévia em observação de comportamentos teriam acesso à fita. Também foram informados sobre os objetivos do estudo. Foram coletados dados referentes a uma consulta de cada paciente, totalizando nove consultas.

Os critérios adotados para a realização dos registros em vídeo e o início dos trabalhos foram: (a) consentimentos do médico e do paciente, documentados e assinados; (b) consultas realizadas por um médico, especialista em qualquer área, independente do sexo e idade, num ambulatório de um hospital e (c) registro da consulta em vídeo, do início ao fim da sessão de atendimento.

Foram registradas em vídeo as consultas que os pacientes e médicos participantes deram autorizações por escrito. Após os registros, as sessões foram transcritas. Procedeu-se a transcrições das sessões por meio do registro cursivo de todas as verbalizações do médico e do paciente, nomeando-as com as siglas M (verbalizações do médico) e P (verbalizações do paciente). Foi considerada uma verbalização toda a fala de um participante que se encerrava com a verbalização seguinte do outro. As verbalizações do médico e do paciente para cada sessão foram numeradas na seqüência em que ocorreram, por exemplo, M1 para a verbalização do médico e P1 para a verbalização do primeiro paciente e, assim, sucessivamente. Com este procedimento foi possível identificar as verbalizações de cada um dos participantes.

Desse modo, a mestranda-pesquisadora transcreveu todas as fitas gravadas. De posse das transcrições das sessões e após várias leituras destas, foram identificadas as ações verbais dos pacientes e médicos por meio das palavras ou as frases da linguagem gravada na fita que designavam as funções correspondentes aos

relatos verbais de ambos sobre o tabagismo. Posteriormente foram identificadas as ações não verbais dos pacientes.

Assim, procurou-se definir as categorias verbais do paciente tabagista ao médico sobre o comportamento de fumar, por exemplo, relatos sobre as funções reforçadoras do cigarro. Do mesmo modo, foram definidas as categorias do comportamento não verbal do paciente.

A seguir, foram feitas as definições das categorias dos comportamentos verbais dos médicos em relação aos comportamentos apresentados pelos pacientes, bem como as funções dessa atuação, escolhendo-se as funções mais relevantes inseridas nas emissões dos relatos verbais dos médicos participantes.

As ocorrências de todas as categorias verbais do presente estudo foram registradas em termos de frequência. As ocorrências das categorias não-verbais dos pacientes foram registradas a cada 15 seg (quinze segundos) com um ponto (.) e a não-ocorrência com um xis (x) nas folhas de registros.

Inicialmente, foram selecionadas as ações verbais dos pacientes em relação às dificuldades em abandonar o uso do cigarro e suas respectivas funções. Procurou-se levantar funções específicas desses comportamentos a partir das análises das categorias dos pacientes por intermédio de observações detalhadas e criteriosas do material gravado em vídeo. De modo mais específico, as categorias selecionadas foram:

Ação Verbal sobre a Função Estimuladora do Cigarro. Verbalizações do paciente que sugerem as dificuldades de deixar de fumar. Tais verbalizações têm a finalidade de demonstrar ao médico as funções potencialmente reforçadoras do cigarro, por exemplo, “o cigarro pra gente é uma coisa boa quando se está sozinha”, “quando a gente está ansiosa acha que o cigarro resolve tudo”, “o cigarro é meu

companheiro”, “quando fico sem fumar não concentro, fico muito nervoso”, “parece que o cigarro é um veneno mesmo, que obriga a gente a fazer, é uma ansiedade, sabe?”.

Ação Verbal que Demonstra o Conhecer dos Malefícios do Cigarro.

Verbalizações do paciente que afirmam conhecer as doenças decorrentes do tabagismo. Tais verbalizações têm a função de demonstrar ao médico seus medos, uma vez que está ciente dos riscos aos quais se expõe: “é horrível, quando a gente vê e lê na carteirinha”, “sei que uma hora vai causar problema sério e já está causando por causa da pressão alta” ou “eu não conseguia ficar, eu levantava a primeira coisa que eu fazia era acender o cigarro, e pela doença eu já estou eliminando ele”.

Ação Verbal sobre as Tentativas de Deixar de Fumar. Verbalizações do paciente que informam ao médico suas tentativas de deixar de fumar. Tais verbalizações têm a função de produzir novas informações sobre sua história como consumidor do tabaco, por exemplo, “já, já tentei”, “tentei parar de fumar várias vezes”, “cada vez que tentava parar, eu voltava fumando o dobro”, “agora estou tentando parar de fumar de pouco, de pouquinho, porque senão fica difícil, mas eu diminui bastante”.

Ação Verbal sobre Posicionar-se Favoravelmente ao Uso do Cigarro.

Verbalizações do paciente que afirmam gostar de fumar. Tais verbalizações têm a função de informar ao médico a manutenção do comportamento de fumar do paciente, por exemplo, “eu vou falar com sinceridade, não quero que o senhor fique chateado, porque o senhor é médico, né, eu não tenho vontade de abandonar o cigarro não”, “eu sou esclarecido, mas assim eu gosto pra caramba” ou “não, fumo é porque eu gosto mesmo”.

Ação Verbal do Paciente Indicativa de Sintoma e Doença: Verbalizações do paciente que demonstram seu estado de saúde, ou seja, as reclamações ou indagações sobre seus sintomas e doenças, por exemplo: “o problema é o pulmão, né, doutor, e a falta de ar incomoda”, “hoje qualquer coisinha que eu vou fazer está me dando cansaço”, “eu sinto dor nos músculos todinho”, “eu sinto falta de ar e muito cansaço, se eu falo muito eu fico cansada e a respiração fica difícil”, “a minha pressão está subindo direto” ou “o único problema que eu tenho é pressão alta demais, só que eu não sinto nada”.

Ação Verbal do Paciente que Demonstra Vontade de Parar de Fumar. Verbalizações dos pacientes que indicam querer abandonar o cigarro. Tais verbalizações têm a função de despertar no próprio paciente a iniciativa em abandonar o cigarro, por exemplo, “eu preciso parar, porque eu tenho muito medo do cigarro”. “eu não sinto bem com cigarro não”. “tenho muita vontade de parar” ou “eu preciso parar de fumar, já tentei, mas não consigo”.

Ação Verbal Mínima. Verbalizações dos pacientes que respondem com uma ou duas palavras ao expressarem concordância ou discordância com o médico. Tais verbalizações têm a função de produzir alguma confirmação, por exemplo, “ahah”, “sei”, “hum, hum”, “é” “sinto” ou “tudo bem”. Ou negação, por exemplo “não gosto”, “também não”, “nunca” ou “não”.

Procedeu-se também a observação dos comportamentos não-verbais dos pacientes participantes. Para a seleção das classes comportamentais não-verbais as fitas foram reprisadas várias vezes. As categorias selecionadas estão definidas a seguir.

Comportamentos Não-verbais do Paciente no Momento da Consulta. Categorias de ações não-verbais como gestos, posturas por parte dos pacientes, por

exemplo, tossir, passar a língua nos lábios, franzir a testa, dentre outras. Também foram selecionadas categorias de comportamentos não-verbais presentes na literatura, como por exemplo, balançar a cabeça em sinal de aprovação, sorrir enquanto o médico fala, encurvar o corpo em direção ao médico, desviar o olhar do médico, dentre outras.

O presente estudo procurou levantar as verbalizações dos médicos participantes aos seus pacientes e suas possíveis funções. Procedeu-se a identificação das categorias quando da presença de ações verbais dos médicos participantes como descritos a seguir.

Informar. Ações verbais que informam, avisam o paciente sobre os malefícios do cigarro, sobre exames complementares e doenças e que existem tratamentos para ajudar a abandonar o vício. Tais verbalizações têm a função de alterar o conhecimento e alertar o paciente sobre as doenças decorrentes do tabagismo ou outros problemas a ele relacionados, por exemplo, “a senhora sabe todas as complicações que o cigarro pode trazer como infarto, derrame, trombose, possibilidade de câncer de pulmão ou problemas cardíacos?”, “a gente tem duas abordagens para parar de fumar, a primeira seria o tratamento psicológico, uma abordagem que está bem aceita hoje em dia seria a psicologia comportamental, uma abordagem cognitiva e comportamental. A outra seria usar a terapia de reposição de nicotina, que são os adesivos, gomas de mascar”, “você sabia que as crianças não podem ter alguém fumando perto delas, né?”, “como tem muito tempo que você não vem aqui e disse que está fumando muito, nós precisamos repetir todos esses exames”, “e a senhora sabe dessa história que fumando e sendo diabética os riscos que a senhora tem com o uso do cigarro aumenta e muito?”, ou “tá bom, ela viveu

tanto tempo mesmo fumando, mas acontece que quanto mais a gente puder prevenir doenças, melhor”.

Investigar. Ações verbais que investigam a quantidade de cigarros diários, anos do uso, se o paciente pretende parar de fumar, tentativas de deixar de fumar, os motivos que impediram o abandono do cigarro, doenças e uso de medicamentos. Tais verbalizações com ou sem forma interrogativa têm a função de obter informações alertando o paciente sobre aspectos relacionados à sua história em relação ao uso de cigarro: “mas aí, não consegue parar [de fumar] porque fica nervosa?”, “a senhora é fumante há quantos anos?”, “a senhora está muito consciente da necessidade de parar de fumar, né?”, “e quantas vezes você já tentou parar de fumar?”, “você sente dor de cabeça frequentemente?”, “a boca fica muito seca?”, “quais são os remédios que a senhora usa pra pressão alta?”, “a senhora tem pressão alta?”, “está usando algum medicamento?”, “alguma vez a senhora já teve infarto, angina?”.

Incentivar. Ações verbais que estimulam os pacientes a abandonar o uso do cigarro. Tais verbalizações têm a função de direcionar o paciente para os fatos decorrentes do uso diário e prolongado do tabaco: “Que bom que a senhora está consciente dos males que o cigarro traz!”, “ótimo, a senhora está disposta a tentar!”, “se Deus quiser, vai conseguir!”, “daqui 2 meses quero ver a senhora aqui de novo, bem melhor e falando pra mim assim ó: deixei de fumar, vai ser ótimo, não vai dona R...?”, “eu vou ajudar a senhora nisso aí, a senhora vai conseguir!”.

Dar Feedback. Ações verbais de aprovar, confrontar ou corrigir certas verbalizações do paciente. Tais verbalizações têm a função de fortalecer ou enfraquecer verbalizações do paciente sobre certos aspectos de sua história como fumante. “ótimo!”, “Tá de parabéns, viu?”, “você falou pra mim que não pretende

parar de fumar, né?”, “não, a senhora é quem tem que me falar!”, “é verdade, o vício é uma droga do mesmo jeito”,

Aconselhar. Ações verbais que recomendam ao paciente determinado modo de ação. Tem a função de sugerir ao paciente comportamento com maior probabilidade de serem reforçados em relação à tentativa de parar de fumar, por exemplo: “percebi que a senhora está muito consciente da necessidade de parar de fumar, deixar o cigarro vai fazer bem pra saúde da senhora”, “parando de fumar a senhora melhora sua qualidade de vida”, “mas vamos fazer um esforço pra tentar diminuir o peso, já que você não consegue e não pretende parar de fumar, pelo menos tentar diminuir o peso e manter atividade física regular pra poder diminuir a chance de complicações como infarto, derrame, trombose”, “eu tenho um colega que está fazendo um trabalho muito bom com as pessoas que fumam e conseguindo realmente que elas deixem de fumar, eu vou passar o telefone dele pra senhora”, “o grande problema não é viver muito é viver com qualidade de vida, então aquilo que piora a qualidade de vida a gente tem que realmente empurrar pra fora da vida da gente” ou “a senhora precisa parar de fumar pra ver esses netos crescer, não é verdade”?

Ação Verbal Mínima. Verbalizações que sinalizam sinais vocais de aprovação ou desaprovação do comportamento anterior do paciente. Tem a função de aprovar ou reprovar as verbalizações do paciente, como por exemplo: “excelente”, “então tá”, “certo”, “é”, “e agora?” ou “ansiedade, né?”.

Concordância entre Observadores

O teste de concordância entre observadores tem por objetivo aferir em quais categorias os profissionais treinados em metodologia de observação direta e medida

de comportamentos estão de acordo com relação aos dados encontrados. Para essa finalidade contou-se com a colaboração de um observador com conhecimentos prévios em técnicas de observação para que fosse realizado o teste de concordância dos dados obtidos. Para o cálculo do Índice de Concordância foi utilizada a fórmula padrão: $\text{Concordância} / (\text{Discordância} + \text{Concordância}) \times 100$. Os percentuais de acordo variaram entre 76,3% e 86,2% para as classes comportamentais estudadas.

Resultados

Os dados obtidos do presente estudo serão apresentados em forma de frequência e percentual nas tabelas de 1 a 4 demonstradas a seguir. Nas tabelas de 1 a 3 os resultados são apresentados separadamente para as categorias dos pacientes e dos médicos participantes. A Tabela 4 apresenta dados das ações verbais mínimas entre as díades participantes.

Em relação as categoriais verbais dos pacientes participantes os dados da Tabela 1 referentes à *Ação verbal sobre a função estimuladora do cigarro* permite observar que as categorias “falar que fuma para reduzir a ansiedade” e “falar que fuma para acalmar-se” alcançaram percentuais aproximados de 39,6% e 37,7%. Já a categoria “falar que fuma porque o cigarro é companheiro” obteve o percentual de 22,7%.

No que se refere à ação verbal dos pacientes que *Demonstram conhecer os malefícios do cigarro* os dados da Tabela 1 indicam que “falar que tosse por causa do cigarro” foi a categoria mais freqüente (32,1%). As categorias verbais “falar que tem pressão alta devida ao cigarro”, “falar que o pulmão está comprometido devido ao uso do cigarro” e “falar que o cigarro vai lhes causar sérios problemas de saúde” alcançaram os mesmos percentuais: 17,9%. Já as categorias “falar que sente falta de ar devido ao cigarro” e “falar que o filho nasceu com problemas respiratórios porque fumou durante a gravidez” obtiveram menores percentuais: 10,7% e 3,6% respectivamente.

Em relação às falas dos pacientes participantes sobre as *Tentativas de deixar de fumar* os dados da Tabela 1 indicam que os pacientes falaram que “tentou parar de

fumar mais de uma vez” (55,6%) ou “uma vez” (11,1%). Os dados da Tabela 1 indicam ainda falas do paciente “que nunca tentou deixar de fumar” (33,3%).

Sobre o *Posicionar-se favoravelmente ao uso do cigarro* os dados demonstram verbalizações dos pacientes sobre “falar que fuma porque gosta (32,1%) seguida do “falar que não tem vontade de parar de fumar” (21,4%) e “falar que sente bem em fumar” (14,3%). Já “falar que conhecem pessoas que fumaram e viveram muitos anos” alcançou o percentual de 10,7%. As categorias “falar que fuma e não tem problema sério de saúde”, “falar que fuma pouco, um ou dois cigarros por dia” e falar que não traga, por isso o cigarro não faz mal à saúde” atingiram os mesmos percentuais: 7,1%. Tais dados estão resumidos na Tabela 1.

Observa-se ainda na Tabela 1 que as categorias da *Ação verbal do paciente indicativa de doença* “falar que tosse com frequência” e “falar que tem pressão alta” obtiveram os percentuais 29,9% e 22,4%, respectivamente. “Falar que sente falta de ar” e “falar que sofre de diabetes” alcançaram percentuais próximos: 17,9% e 16,4%. Em relação as categorias “falar em problema da tireóide” e “falar que sofre de enfisema pulmonar” atingiram os baixos percentuais: 7,5% e 6,0%, respectivamente.

A Tabela 1 indica também *Ações verbais do paciente que demonstram vontade de parar de fumar*. “Falar que precisa parar de fumar para evitar problemas de saúde” e “questionar sobre tratamentos para ajudar a abandonar o vício” atingiram os percentuais de 53,6% e 32,1%, respectivamente. Já as categorias “falar que precisa parar de fumar porque tem crianças em casa” e “falar que precisa parar de fumar para viver mais e curtir os netos” obtiveram os mesmos percentuais: 7,1%.

Tabela 1. Frequência (f) e porcentagem (%) das categorias de ação verbal do paciente em relação ao uso do cigarro. A letra M indica médico, P indica paciente.

Categorias dos Pacientes	M1P1	M1P2	M1P3	M2P4	M2P5	M2P6	M3P7	M3P8	M3P9	Total
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
<i>Ação verbal sobre a função estimuladora do cigarro</i>										
Falar que fuma para acalmar-se	4	3	1	1	1	2	5	1	2	20 (37,7)
Falar que fuma porque o cigarro é companheiro	0	1	1	0	4	0	3	0	3	12 (22,7)
Falar que fuma para reduzir a ansiedade	3	3	2	2	2	1	3	2	3	21 (39,6)
Total	7 (13,2)	7 (13,2)	4 (7,5)	3 (5,7)	7 (13,2)	3 (5,7)	11 (20,8)	3 (5,7)	8 (15)	53 (100)
<i>Ação verbal que demonstra conhecer os malefícios do cigarro</i>										
Falar que tosse devido ao uso cigarro	2	1	0	1	2	0	1	1	1	9 (32,1)
Falar que sente falta de ar por causa do cigarro	1	0	0	0	1	0	1	0	0	3 (10,7)
Falar que já tem pressão alta por causa do cigarro	0	0	1	0	1	0	0	2	1	5 (17,9)
Falar que o pulmão está comprometido por causa do cigarro	1	0	1	0	0	0	1	2	0	5 (17,9)
Falar que o filho nasceu com problema respiratório porque fumou durante a gravidez	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1 (3,6)
Falar que o cigarro ainda vai lhes causar sérios problemas de saúde	1	0	0	1	1	1	0	1	0	5 (17,9)

Total	5 (17,8)	1 (3,6)	2 (7,1)	3 (10,7)	5 (17,9)	1 (3,6)	3 (10,7)	6 (21,4)	2 (7,1)	28 (100)
<i>Ação verbal sobre as tentativas de deixar de fumar</i>										
Falar que nunca tentou deixar de fumar	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3 (33,3)
Falar que já tentou parar de fumar uma vez	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1 (11,1)
Falar que já tentou parar de fumar mais de uma vez	1	0	1	0	0	1	1	0	1	5 (55,6)
Total	1 (11,1)	9 (100)								
<i>Ação verbal do paciente sobre posicionar-se favoravelmente ao uso do cigarro</i>										
Falar que fuma porque gosta	0	3	0	0	0	3	0	0	3	9 (32,1)
Falar que fuma, mas não tem nenhum problema sério de saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2 (7,1)
Falar que não tem vontade de parar de fumar	0	2	0	0	0	2	0	0	2	6 (21,4)
Falar que se sente bem em fumar	0	1	0	0	0	2	0	0	1	4 (14,3)
Falar que conhece pessoas que fumaram e viveram muitos anos	0	0	1	0	0	2	0	0	0	3 (10,7)
Falar que fuma pouco, um ou dois cigarros por dia	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2 (7,1)
Falar que não traga, por isso o cigarro não faz mal a saúde	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2 (7,1)
Total	0	6 (21,4)	4 (14,3)	0	0	9 (32,1)	0	0	9 (32,1)	28 (100)

<i>Ação verbal do paciente indicativa de sintoma e/ou doença</i>										
Falar que tem pressão alta	3	1	4	0	1	1	2	0	3	15 (22,4)
Falar que sente falta de ar	2	1	3	0	1	0	3	2	0	12 (17,9)
Falar que tosse com frequência	2	2	2	4	2	1	2	3	2	20 (29,9)
Falar que sofre de diabetes	1	1	2	2	3	2	0	0	0	11 (16,4)
Falar que tem problema na tireóide	1	0	0	2	2	0	0	0	0	5 (7,5)
Falar que sofre de enfisema pulmonar	0	0	1	0	1	0	2	0	0	4 (6,0)
Total	9 (13,4)	5 (7,5)	12 (17,9)	8 (11,9)	10 (14,9)	4 (6,0)	9 (13,4)	5 (7,5)	5 (14,9)	67 (100)
<i>Ação verbal do paciente que demonstra vontade de parar de fumar</i>										
Falar que precisa parar de fumar porque tem crianças em casa	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2 (7,1)
Falar que precisa parar de fumar por causa da saúde	3	0	4	0	3	0	3	2	0	15 (53,6)
Falar que precisa parar de fumar para viver mais e curtir os netos	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2 (7,1)
Questionar sobre tratamentos para ajudar abandonar o vício	3	0	1	0	2	0	1	2	0	9 (32,1)
Total	6 (21,4)	0	7 (25,0)	2 (7,1)	5 (17,9)	0	4 (14,3)	4 (14,3)	0	28 (100)

A Tabela 2 mostra a frequência e o percentual das categorias de ação verbal do médico frente ao paciente tabagista. De acordo com os dados da tabela a *Ação verbal de informar* “Sobre exames e doenças” alcançou o maior percentual 75,0%. Já as categorias “Sobre efeitos maléficos do cigarro” e “Sobre tratamentos para ajudar a abandonar o vício” obtiveram os menores percentuais: 19,0% e 6,0%, respectivamente.

Com relação à *Ação verbal de investigar* os dados da Tabela 2 indicam que as categorias “Doenças relacionadas ao tabagismo” (47,0%) e “Uso de medicamentos” (15,7%) ocorreram com maior frequência. A categoria “Os motivos que impediram o abandono do cigarro” obteve o percentual de 9,7%. Os dados da tabela indicam ainda que as categorias “A quantidade de cigarros diários” (7,7%), “Se o paciente já tentou parar de fumar” (7,3%), “Anos de uso do cigarro” (6,7%) e “Se o paciente pretende parar de fumar” (6,0%) alcançaram percentuais aproximados.

Em relação à categoria verbal a *Ação verbal de incentivar* “A abandonar o uso do cigarro”, como demonstra os dados da Tabela 2 obteve o percentual de 12,0%.

Sobre a ação verbal *Dar feedback*, os dados da Tabela 2 indicam que a categoria “Aprovar os relatos verbais” atingiu o maior percentual: 73,3%. Já as categorias “Corrigir as distorções” e “Confrontar as informações recebidas” obtiveram os percentuais 15,0% e 11,7%, respectivamente. Verifica-se ainda na tabela, que a *Ação verbal de aconselhar* “A abandonar o uso do cigarro”, obteve o percentual de 10,0%.

Tabela 2. Frequência (f) e porcentagem (%) das categorias de ação verbal do médico frente ao paciente tabagista. A letra M indica médico, P indica paciente.

Categorias do Médico	M1P1	M1P2	M1P3	M2P4	M2P5	M2P6	M3P7	M3P8	M3P9	Total
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)					
<i>Ação verbal de informar</i>										
Sobre efeitos maléficos do cigarro	4	4	5	2	2	0	0	0	2	19 (19,0)
Sobre exames e doenças	17	16	8	3	2	6	9	8	6	75 (75,0)
Sobre tratamentos para ajudar a abandonar o vício	2	0	1	0	1	2	0	0	0	6 (6,0)
Total	23 (23,0)	20 (20,0)	14 (14,0)	5 (5,0)	5 (5,0)	8 (8,0)	9 (9,0)	8 (8,0)	8 (8,0)	100 (100)
<i>Ação verbal de investigar</i>										
A quantidade de cigarros diários	2	5	3	1	2	2	2	2	4	23 (7,7)
Anos de uso do cigarro	1	4	2	1	2	3	2	3	2	20 (6,7)
Se o paciente pretende parar de fumar	5	2	3	0	3	0	2	2	1	18 (6,0)
Se o paciente já tentou parar de fumar	1	4	2	2	1	4	4	3	1	22 (7,3)
Os motivos que impediram o abandono do cigarro	2	1	6	3	7	5	5	0	0	29 (9,7)
Doenças	22	13	15	20	18	20	11	18	4	141 (47,0)
Uso de medicamentos	7	4	9	7	1	8	1	6	4	47 (15,7)
Total	40 (13,3)	33 (11,0)	40 (13,3)	34 (11,3)	34 (11,3)	42 (14,0)	27 (9,0)	34 (11,3)	16 (5,3)	300 (100)
<i>Ação verbal de incentivar</i>										

A abandonar o uso do cigarro	3	0	2	0	0	0	3	0	4	12 (100)
Total	3 (25,0)	0	2 (16,7)	0	0	0	3 (25,0)	0	4 (33,3)	12 (100)
<i>Dar feedback</i>										
Aprovar os relatos verbais	3	5	2	5	7	4	8	8	2	44 (73,3)
Confrontar as informações recebidas	0	0	1	0	0	0	4	0	2	7 (11,7)
Corrigir as distorções	0	0	0	1	2	1	2	0	3	9 (15,0)
Total	3 (5,0)	5 (8,3)	3 (5,0)	6 (10,0)	9 (15,0)	5 (8,3)	14 (23,3)	8 (13,3)	7 (11,7)	60 (100)
<i>Ação verbal de aconselhar</i>										
Aconselhar os pacientes a abandonar o cigarro	2	4	2	0	0	0	0	0	2	10 (100)
Total	2 (20,0)	4 (40,0)	2 (20,0)	0	0	0	0	0	2 (20,0)	10 (100)

Os dados da Tabela 3 são referentes às categorias das *Ações não-verbais dos pacientes* tabagistas. Pode-se constatar que a categoria “Desviar do olhar do médico” atingiu percentual elevado, de 15,2%. “Balançar a cabeça afirmativamente” e “Manter contato visual com o médico” atingiram percentuais aproximados, de 12,9% e 11,2%, respectivamente. As categorias “Gesticular com as mãos” (8,9%), “Apoiar-se com os braços sobre a mesa” (7,3%), “Balançar a cabeça negativamente” (6,8%), “Movimentar-se na cadeira” (4,8%), “Apoiar a cabeça na palma da mão” (4,6%) e “Sorrir para o médico” (4,5%) obtiveram menores percentuais. Já nas categorias “Cruzar as mãos na altura do abdômen” (3,5%), “Levar a mão no rosto ao falar” (2,3%), “Cruzar e descruzar os dedos” (2,1%) e “Arrumar os óculos” (1,6%), os percentuais obtidos foram ainda menores.

Observa-se ainda que os dados da Tabela 3 que as categorias “Franzir a testa”, “Passar a língua nos lábios”, “Olhar para baixo”, “Tossir” e “Encurvar a cabeça para o lado” obtiveram os percentuais aproximados e notadamente menores, de 1,2%, 1,0%, 1,0%, 0,9% e 0,8%, respectivamente.

Os dados da Tabela 4 mostram as categorias das *Ações verbais mínimas* do médico e paciente. Conforme indica a tabela, na *Ação verbal mínima do médico*, a categoria “Aprovação” obteve o percentual mais elevado 89,6%, seguida por “Desaprovação”, com 10,4%.

No que se refere à *Ação verbal mínima do paciente*, os dados da Tabela 4 indicam que a categoria “Concordância” alcançou o maior percentual 92,0%, seguida pela categoria “Discordância” 8,0%.

Comparando-se o total das “Ações verbais mínimas do médico e do paciente” os dados apresentados na Tabela 4, sugerem que os pacientes obtiveram um número notadamente maior de “Verbalizações mínimas” (175) do que os médicos com 67.

Tabela 3. Frequência (f) e porcentagem (%) das categorias das ações não verbais dos pacientes tabagistas. A letra M indica médico, P indica paciente.

Categorias	M1P1 f (%)	M1P2 f (%)	M1P3 f (%)	M2P4 f (%)	M2P5 f (%)	M2P6 f (%)	M3P7 f (%)	M3P8 f (%)	M3P9 f (%)	Total f (%)
<i>Ação não-verbal dos pacientes</i>										
Manter contato visual com o médico	12	14	8	12	6	20	19	9	17	117 (11,2)
Balançar a cabeça afirmativamente	19	11	5	9	21	26	19	17	8	135 (12,9)
Gesticular com as mãos	19	11	9	0	0	25	14	5	10	93 (8,9)
Levar a mão no rosto ao falar	0	0	0	5	0	16	0	0	3	24 (2,3)
Apoiar-se com os braços sobre a mesa	3	12	0	24	28	9	0	0	0	76 (7,3)
Movimentar-se na cadeira	4	6	8	8	4	8	3	2	7	50 (4,8)
Balançar a cabeça negativamente	9	4	5	9	4	4	10	15	11	71 (6,8)
Arrumar os óculos	0	11	0	0	2	0	4	0	0	17 (1,6)
Olhar para baixo	0	0	0	0	7	0	0	0	3	10 (1,0)
Sorrir para o médico	1	3	1	9	12	11	1	1	8	47 (4,5)
Cruzar as mãos a altura do abdômen	0	0	0	0	0	0	20	16	0	36 (3,5)
Cruzar e descruzar os dedos	0	0	0	9	0	4	6	3	0	22 (2,1)
Passar a língua nos lábios	0	4	2	0	0	0	4	0	0	10 (1,0)
Franzir a testa	2	0	0	8	0	2	0	0	0	12 (1,2)
Tossir	2	0	1	0	0	3	2	0	1	9 (0,9)
Desviar do olhar do médico	21	13	14	24	25	30	10	13	9	159 (15,2)
Apoiar a cabeça na palma da mão	5	0	7	10	13	0	0	0	13	48 (4,6)
Encurvar a cabeça para o lado	0	0	0	0	0	0	0	8	0	8 (0,8)
Total	105 (10,1)	93 (8,9)	63 (6,0)	144 (13,8)	132 (12,7)	160 (15,3)	126 (12,1)	109 (10,5)	111 (10,6)	1043 (100)

Tabela 4. Frequência (f) e porcentagem (%) das categorias das ações verbais mínimas do médico e paciente. A letra M indica médico, P indica paciente.

Categoria	M1	M1	M1	M2	M2	M2	M3	M3	M3	Total
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	
<i>Ação verbal mínima do médico</i>										
Aprovação	4	3	4	10	12	13	8	3	3	60 (89,6)
Desaprovação	0	1	1	0	0	2	3	0	0	7 (10,4)
Total	4 (6,0)	4 (6,0)	5 (6,0)	10 (14,9)	12 (17,9)	15 (22,4)	11 (16,4)	3 (4,5)	3 (4,5)	67 (100)
Categoria	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	Total
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	
<i>Ação verbal mínima do paciente</i>										
Concordância	11	15	13	15	27	22	17	32	9	161 (92,0)
Discordância	1	2	1	2	2	4	2	0	0	14 (8,0)
Total	12 (6,9)	17 (9,7)	14 (8,0)	17 (9,7)	29 (16,6)	26 (14,9)	19 (10,9)	32 (18,3)	9 (5,1)	175 (100)

Em relação à frequência total dos dados das Tabelas 1, 2 e 3 acima descritas permitem outras análises. Chama à atenção a alta frequência de falas do paciente tabagista indicativas de doenças: 67 relatos. A categoria das falas sobre a função potencialmente estimuladora do cigarro, os dados da Tabela 1 indicam um total de 53 relatos desse tipo. Houve uma regularidade na frequência (28) das categorias: “demonstrar conhecer os malefícios do cigarro”, “posicionar-se favoravelmente ao uso do cigarro” e “relatos do paciente ao médico”, que demonstram vontade de abandonar o cigarro.

Quanto às categorias de *Ações verbais dos médicos* os dados da Tabela 2 apontam que as frequências da categoria “Ação verbal de investigar” alcançaram a maior frequência: 300. A categoria “Ação verbal de informar” obteve a frequência 100 ações verbais desse tipo. Já as categorias “Dar *feedback*”, “Ação verbal de incentivar” e “Ação verbal de aconselhar” alcançaram frequências menores: 60, 12 e 10, respectivamente.

Um dado que sobressai neste estudo é a alta frequência demonstrada na Tabela 3 no que diz respeito à categoria de comportamentos não-verbais do paciente que é a de “Desviar do olhar do médico” que obteve a maior frequência: 159. As categorias “Balançar a cabeça afirmativamente” e “Manter contato visual com o médico” obtiveram as frequências 135 e 117, respectivamente. As demais categorias da Tabela 3 alcançaram menores frequências.

Em relação às categorias das “Ações verbais mínimas dos médicos e pacientes” participantes os dados da Tabela 4 apontam 67 ocorrências para os médicos e 175 ocorrências para os pacientes.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo investigar também os possíveis motivos que direcionam os pacientes tabagistas a permanecerem consumindo o tabaco, embora sabedores dos riscos das substâncias tóxicas, tais como a nicotina, o alcatrão, o monóxido de carbono, dentre outras, no contexto ambulatorial (Ministério da Saúde, 1997). A relutância do fumante e os poucos serviços dotados de profissionais treinados para ajudar o paciente são barreiras que dificultam o tratamento.

O caráter exploratório do presente estudo, no que se refere à proposta de análise do comportamento verbal do paciente tabagista de falar ao seu médico sobre seus estados emocionais negativos como justificativa para continuar fazendo uso do tabaco, bem como a abrangência restrita dos dados coletados (12 participantes sendo nove pacientes tabagistas e três médicos) recomendam uma interpretação cautelosa com respeito à sua generalidade.

Nas nove sessões registradas em vídeo, pode-se observar através da análise das categorias de ação verbal dos pacientes participantes que o tabagismo é reforçado negativamente pelos estados emocionais negativos (ansiedade, estresse, nervosismo e solidão). Os dados demonstram que todos os pacientes relataram ao médico que fumam para acalmar-se ou que fumam para reduzir seus estados ansiogênicos, uma vez que são encontrados relatos verbais que o cigarro é também um companheiro. Para Toscano Júnior (2001), a nicotina produz efeitos sobre o funcionamento do corpo que resultam em mudanças fisiológicas e comportamentais. Também Rosemberg (2003) enfatiza que é uma droga que causa dependência física e psicológica.

Rosemberg (2003) faz referências sobre um número elevado de tabagistas entre os indivíduos estressados, deprimidos e com desordens nervosas, como por exemplo, a ansiedade. Segundo este autor, esses são os fatores extrínsecos que levam o indivíduo a aumentar o consumo de tabaco.

Segundo Marques e cols. (2001), os principais sintomas da síndrome de abstinência são: ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono, aumento do apetite, alterações cognitivas e “fissura” pelo cigarro (vontade intensa de fumar, geralmente com 5 minutos de duração, persiste por 5 meses e vai diminuindo progressivamente).

Outra categoria que se destacou no presente estudo foram as ações verbais dos pacientes descrevendo doenças e sintomas, alcançando a frequência mais alta em relação às demais categorias dos pacientes tabagistas: todos os pacientes participantes relataram algum tipo de doença ao seu médico. Dentre as doenças e sintomas relatados pelos pacientes tabagistas estão: tosse com frequência, hipertensão arterial, doenças da tireóide, diabetes, enfisema pulmonar e dispnéia.

Pesquisas desenvolvidas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), publicadas pelo Ministério da Saúde (2004) revelam que o consumo do tabaco causa cerca de 50 doenças diferentes, principalmente as doenças cardiovasculares (infarto, hipertensão arterial, angina), vários tipos de câncer, doenças respiratórias obstrutivas crônicas (DPOC), tais como: enfisema e bronquite, infecções das vias respiratórias, crises de asma e derrame cerebral. Além destes, o tabagismo ainda pode causar impotência sexual no homem, complicações na gravidez, aneurisma nas artérias, úlceras do aparelho digestivo e trombose vascular. Sendo o câncer de pulmão a primeira causa de morte no Brasil.

Em outro aspecto, os dados mostram ainda que embora a maioria dos pacientes tabagistas relatasse conhecer os malefícios do cigarro, nem todos

demonstraram querer abandonar o vício. Observa-se então que é freqüente o relato de alguns desses pacientes sobre as tentativas em abandonar o cigarro e sobre os fracassos dessas tentativas. Contudo, 33% nunca tentou parar de fumar.

Com efeito, a Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR, 2002) revela que somente um terço das pessoas que param de fumar por si próprios, isto é, param de fumar sem ajuda comportamental ou farmacológica, permanecem abstinentes por, pelo menos dois dias e menos de 5% é, na verdade, bem sucedido em qualquer das suas tentativas para parar de fumar. Os dados do presente estudo corroboram com os dados da literatura da área sobre os efeitos da nicotina, que como droga maléfica causa uma grave dependência no organismo.

Merecem ser comentados também os relatos dos pacientes participantes sobre o posicionar-se favoravelmente ao uso do cigarro como, por exemplo, relatar ao médico que fuma porque gosta ou que se sente bem em fumar, dentre outros. Relatos desse tipo foram encontrados nas verbalizações de quatro pacientes do presente estudo.

De certo modo, ao analisar o comportamento do médico em relação ao paciente tabagista, percebe-se através dos dados que há uma preocupação maior em informar sobre a manifestação de doenças e exames complementares, do que sobre os malefícios causados pelo cigarro e tratamentos antitabagismo. Em relação ao aconselhar e incentivar o paciente a abandonar o cigarro os dados indicaram um baixo percentual de falas desse tipo. Chama a atenção o baixo percentual da ação médica de informar os pacientes tabagistas sobre tratamentos para ajudar a abandonar o vício.

Presman, Carneiro e Gigliotti (2005) esclarecem que está em evidência que parar de fumar é uma grande mudança no estilo de vida e traz muitos benefícios à

saúde e a maioria dos pacientes espera receber mais informações de seus médicos a respeito do assunto. Destacam ainda que uma das dificuldades para que o tabagismo seja abordado de forma mais freqüente nas consultas médicas de rotina estão a escassez de tempo e a percepção, por parte dos profissionais, de que o tratamento do tabagismo não é eficiente. Ressaltando que umas das dificuldades encontradas nos estudos para avaliar a efetividade do aconselhamento breve é que, este não é padronizado e o estilo do médico que faz a intervenção é um fator importante.

Os resultados do presente estudo demonstraram uma grande proximidade entre os aspectos encontrados no contexto ambulatorial e os abordados na literatura. Esse argumento pode ser aplicado em relação às freqüências dos comportamentos não-verbais dos pacientes em relação à alta freqüência de comportamentos do tipo “Desviar do olhar do médico”. Fernandes e Britto (2005) argumentam que esse comportamento pode ser resultante de variáveis associadas ao paciente, tais como receio de ser criticado no momento da consulta, não querer estar ali, a condição de tabagista ou mesmo a insegurança sobre como proceder, etc. Outros comportamentos não-verbais demonstrados pelos pacientes foram confirmar o médico balançando a cabeça em sinal de aprovação ou manter contato visual com o médico, dentre outros.

Com efeito, acredita-se que uma mudança na rotina ambulatorial dos médicos poderá ser um passo importante na cessação de fumar dos pacientes. Henningfield (1995) afirma que existem evidências de que basta de três a cinco minutos de aconselhamento sobre o fumo para que 8% dos pacientes parem de fumar.

Os dados encontrados permitem afirmar que após a realização desta pesquisa, será possível compreender melhor a dimensão do problema “tabagismo”, pois através dos relatos verbais dos pacientes tabagistas podem-se observar suas dificuldades, seus anseios e seus pensamentos em relação ao comportamento de fumar, ou seja,

concluir que há necessidade de viabilizar e aperfeiçoar recursos e infra-estrutura que possibilitem auxiliar os fumantes a abandonarem esse vício, através de campanhas, de programas desenvolvidos pelos sistemas de saúde, principalmente pelo SUS, para que atinja a população em todo nível social, econômica e cultural.

Espera-se que esse trabalho possa contribuir para enfatizar as necessidades da pesquisa com pessoas que fazem uso contínuo do cigarro. Com base nos diferentes contextos que envolvem a prática médica, fazem-se necessários estudos mais aprofundados e de maior casuística sobre o assunto.

Referências Bibliográficas

- Achutti, A. & Menezes, A. M. B. (2001). Epidemiologia do tabagismo. Em *Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo* (pp. 9-27). Rio de Janeiro: Vitro Comunicação & Editora.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV-TR). Artes Médicas: Porto Alegre.
- Balbani, A. P. S., & Montovani, J. C. (2005). Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71 (6), 820-827.
- Balint, M. (1988). *O médico, seu paciente e a doença*. São Paulo: Atheneu.
- Batitucci, L. A. V. (2001). *Autoconhecimento em contexto clínico – Uma abordagem behaviorista radical*. Monografia de conclusão de curso de graduação em Psicologia. Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Brasília.
- Baum, W. (1999). *Compreender o behaviorismo – Ciência, comportamento e cultura*. (M. T. A. Silva, M. A. Matos, G. Y. Tomanari, & E. Z. Tourinho, trads.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Becoña, E., & Vázquez G. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson – Psicología.
- Braunwald, E., Zipes, D. P., & Libby, P. (2001). *Heart disease: A textbook of cardiovascular medicine*. Philadelphia, PA. Saunders Company, (2), 2297.

- Britto, I. A. G. S., Oliveira, J. A., & Sousa, L. F. D. (2003). A relação terapêutica evidenciada através do método de observação direta. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2, 139-149.
- Britto, I. A. G. S., Simões, A. P., & Teixeira, E. A. (1999). Tabagismo e profissionais de saúde. *Estudos*, 26 (3), 423-432.
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: Repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1), 139-146.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (D. G. Souza, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cavalcante, T. M. (2005). O controle do tabagismo no Brasil: Avanços e desafios. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (5), 283-300.
- Cruz Neto, O. (2000). O trabalho de campo como descoberta e criação. Em M. C. S. Minayo (Org.), *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (pp. 51-66) Petrópolis: Vozes.
- Delitti, M. (1997). Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição – Vol. 2*. Santo André: ARBytes.
- Dunning, A. J. (2000). Status of the doctor – Present and future. *The Lancet*, 354, 2.
- Fernandes, C. R. D., & Britto, I. A. G. S. (2005). Atuação médica frente ao paciente portador de HIV no contexto ambulatorial. *Revista Brasileira de Terapia*

Comportamental e Cognitiva, 6 (2), 105-118.

Ferreira, M. P. (1996). *Avaliação da efetividade do tratamento da dependência de nicotina por terapia comportamental*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Ferreira, M. P. (2001). Tabaco. Em S. D. Seibel, & A. Toscano Junior (Orgs.), *Dependência de drogas* (pp. 93-106). São Paulo: Atheneu.

Francisco, P. M. S. B., Donalísio, M. R., Barros, M. B. A., César, C. L. G., Carandina, L., & Goldbaum, M. (2006). Fatores associados à doença pulmonar em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 40 (3), 428-435.

Gomes, R. (2000). Análise de dados em pesquisas qualitativas. Em M. C. S. Minayo (Org.), *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (pp. 67-80). Petrópolis: Vozes.

Gonçalves, E. L. (1999). *A educação médica e a relação médico-paciente*. Artigos sobre ensino. Retirado em 24 de julho de 2006 de <http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/420/body/02.htm>.

Guerra, M. P. (2004). A abstenção tabágica: Reflexões sobre a recaída. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 507-518.

Haggstram, F. M., Chatkin, J. M., Blanco, D. C., Rodin, V., & Fritscher, C. (2001). Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. *Jornal de Pneumologia*, 27 (5), 255-261.

Halty, L. S., Hüttner, M. D., Netto, I. O., Fenker, T., Pasqualini, T., Lempek, B., Santos, A., & Muniz, A. (2002). Pesquisa sobre tabagismo entre médicos de Rio

- Grande, RS: Prevalência e perfil do fumante. *Jornal de Pneumologia*, 28 (2), 77-83.
- Halty, L. S., Hüttner, M. D., Santos, A., Coelho, C., & Gruber, R. (1994). Tabagismo em Rio Grande-RS. *Jornal de Pneumologia*, 20, 118-391.
- Henningfield, J. E. (1988). *Tudo sobre drogas: Nicotina*. São Paulo: Nova Cultural.
- Henningfield, J. E. (1995). *Nicotine medications for smoking cessation*. *The New England Journal of Medicine*, 333, 1196-1203.
- Issa, S. I., Forti, N., Giannini, D. S., & Diament, J. (1998). Intervenção sobre tabagismo realizada por cardiologista em rotina ambulatorial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 70 (4), 271-274.
- Kohlenberg, J. R., & Tsai (2001). *Psicoterapia analítica funcional – Criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: ESETec.
- Kreppner, K. (2001). Sobre a maneira de produzir dados no estudo da interação social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17 (2), 97-107.
- Labbadia, E. M., & Leite, J. C. T. (1995). Atendimento multiprofissional ao tabagista: Uma opção terapêutica. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 5 (5), Suplemento A.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- Laranjeira, R., Lourenço, M. T. C., & Samaia, H. B. (1998). Como ajudar seu paciente a parar de fumar. *Diagnóstico & Tratamento*, 3 (2), 44-49.

- Londres, L. R. (1998). *A arte clínica pediátrica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Lotufo, P. A. (1996). Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: Histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. *RSCESP*, 6 (5), 541-547.
- Madden, G. J., Chase, P. N., & Joyce, J. H. (1998). Making sense of sensitivity in the human operant literature. *The Behavior Analyst*, 21, 1-12.
- Malerbi, F. E. K., & Matos, M. A. (1992). Análise do comportamento verbal e a aquisição de repertórios autodescritivos de eventos privados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8, 407-421.
- Marques, A. C. P. R., Campana, A., Gigliotti, A. P., Lourenço, M. T. C., Ferreira, M. P., & Laranjeira, R. (2001). Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 200-214.
- Martins, M. D. (2001). Doenças bucais causadas pelo cigarro. O tabagismo e a boca. *Revista da Assoc. Paul. Cir. Dent.*, 55 (1), 7-14.
- Matos, M. A. (2001). Comportamento governado por regras. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3 (2), 51-66.
- McEwen, A., & West, R. (2001). Smoking cessation activities by GPs and practice nurses. *Tobacco Control*, 10 (1), 27-32.
- Menezes, A. M. B., Horta, B. L., Oliveira A. L. B., Kaufmann, R. A. C., Duquia, R., Diniz, A., Motta, L. H., Centeno, M. S., Estanislau, G., & Gomes, L. (2002). Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. *Revista de Saúde Pública*, 36 (2), 129-134.

Ministério da Saúde (1997). Secretaria Nacional da Saúde. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. *Ajudando seu paciente a deixar de fumar*. Rio de Janeiro: INCA, 57p.

Ministério da Saúde (1998a). Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. *Falando sobre tabagismo*. 3ª edição. Rio de Janeiro: INCA, Contapp; 1-71.

Ministério da Saúde (1998b). Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. *O cigarro brasileiro: Análises e propostas para redução do consumo*. Rio de Janeiro: INCA.

Ministério da Saúde (2000). Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. *Abordagem e tratamento do fumante*. Rio de Janeiro: INCA, 40p.

Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (2004). Porque as pessoas começam e continuam a fumar? Retirado em 9 de junho de 2006 de <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=faq>.

Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (2006). Atualidades sobre tabagismo. Retirado em 28 de junho de 2006 de <http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=535>.

Mirra, A. P., & Rosemberg, J. (1997). Inquérito sobre prevalência do tabagismo na classe médica brasileira. *Revista Ass. Méd. Brasileira*. 43 (3), 209-216.

Neto, A. A., Rassi, R. H., & Labbadia, E. M. (1998). Tabagismo e doenças do coração. Em Celmo C. Porto (Org.), *Doenças do Coração – Prevenção e*

Tratamento (pp. 172-177). 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Organização Mundial de Saúde (2004). *World no-tobacco day. Tobacco and poverty:*

A vicious circle. Retirado em 23 de outubro de 2005 de <http://www.who.int/tobacco/framework/history/en/index.html>.

Organização Mundial de Saúde (1998). *Tobacco Alert – Advisory Kit for World No-Tobacco Day.* Geneve.

Passos, M. L. R. F. (2003). A análise funcional do comportamento verbal em Verbal Behavior. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5 (2), 195-231.

Pereira, M. G. A., & Azevedo, E. S. (2005). Avaliação da relação médico-paciente em Rio-Branco. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51 (3), 153-157.

Presman, S., Carneiro, E., & Gigliotti, A. (2005). Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (5), 267-275.

Rangé, B. P. (1988). Algumas notas sobre ética e psicologia comportamental. Em H. W. Lettner, & B. P. Rangé (Orgs.), *Manual de psicoterapia comportamental.* São Paulo: Manole.

Rodrigues, R. U. (2001). Quem fuma tem mais chances de contrair doença de gengiva. O tabagismo e a boca. *Revista da Assoc. Paul. Cir. Dent.*, 55 (1), 7-14.

Rosas, M., & Baptista, F. (2002). Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. *Análise Psicológica*, 1, 45-56.

Rosemberg, J. (1988). *Tabagismo - Sério problema de saúde pública.* São Paulo:

ALMED/EDUSP.

Rosemberg, J. (1998). *Temas sobre tabagismo*. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Rosemberg, J. (2002). *Pandemia do tabagismo – Enfoques históricos e atuais*. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Rosemberg, J. (2003). *Nicotina – Droga universal*. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Santos, J. G. W., Paracampo, C. C. P., & Albuquerque, L. C. (2004). Análise dos efeitos de histórias de variação comportamental sobre o seguimento de regras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 413-425.

Seibel, S. D., & Toscano Junior, A. (2001). Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas. Em S. D. Seibel, & A. Toscano Junior (Orgs.), *Dependência de drogas* (pp. 1-6). São Paulo: Atheneu.

Simonassi, L. E., & Cameschi, C. E. (2003). O episódio verbal e a análise de comportamentos verbais privados. Mimeo. Universidade Católica de Goiás.

Skinner, B. F. (1978). *O Comportamento verbal*. (M. P. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix. (Obra publicada originalmente em 1957).

Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501-504.

Skinner, B. F. (1984). *Contingências de reforço*. (R. Moreno, trad.). São Paulo: Abril Cultural (Obra publicada originalmente em 1969).

Skinner, B. F. (1985). *Sobre o Behaviorismo*. (M. P. Villalobos, trad.). São Paulo:

- Cultrix. (Obra publicada originalmente em 1974).
- Skinner, B. F. (1991). *Questões recentes na análise comportamental*. (A. L. Néri, trad.). Campinas: Papirus. (Obra publicada originalmente em 1989).
- Soar Filho, E. J. (1998). A interação médico-paciente. *Rev. Ass. Méd. Brasil*, 44 (1), 35-42.
- Todorov, J. C. (1989). A psicologia como estudo das interações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 5, 325-346.
- Torós, D. (1997). O que é diagnóstico comportamental. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição*. Santo André: ARBytes.
- Toscano Junior, A. (2001). Um breve histórico sobre o uso de drogas. Em S. D. Seibel, & Toscano Junior, A. (Orgs.), *Dependência de drogas* (pp. 7-24). São Paulo: Atheneu.
- Valença, A. M., Nardi, A. E., & Nascimento, I. (2001). Transtorno de pânico e tabagismo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (4), 229-232.
- Williams, B. (2005). Bloqueando a epidemia cardiovascular: Etapas para a erradicação. *European Society of Cardiology*. Estolcomo, Suécia, (S/V), 9-10.
- Yusuf, S., Hawken, S., & Ounpuu, S. (2004). Effect of the potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries. The INTERHEART study: Case control study. *Lancet*, 364, 937-952.
- Zimerman, D. E. (1992). A formação psicológica do médico. Em J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje*. (pp. 64-69). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
RG número _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “O paciente tabagista no contexto ambulatorial: um estudo descritivo”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo(a) pesquisador(a) _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Local e data _____

Nome do sujeito ou responsável _____

Assinatura do sujeito ou responsável _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligada à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Local e data: _____

Anexo B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em uma investigação científica sobre o comportamento verbal dos pacientes tabagistas em consultório médico. Você será esclarecido (a) sobre as etapas desta pesquisa. Caso aceite participar da investigação, você assinará ao final deste documento, que lhe é apresentado em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você não terá nenhum tipo de prejuízo.

Informações sobre a pesquisa:

Título do projeto: O paciente tabagista no contexto ambulatorial: um estudo descritivo.

Profissionais responsáveis: Profa. Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto, doutora em Psicologia, professora da Universidade Católica de Goiás, e Adriana Regina de Oliveira, mestranda do Curso de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica de Goiás, que estarão disponíveis para esclarecer suas dúvidas através do telefone 3223-4421, das 8:00 às 12:00 e das 14:00h às 18:00 de segunda a quinta-feira.

Descrição da pesquisa: O presente estudo tem como objetivo verificar o comportamento do paciente tabagista durante consulta médica.

Procedimento da pesquisa: Se você concordar em participar desta investigação, serão feitas filmagens de uma consulta médica no consultório com você médico(a) e paciente participante, sem a presença de outra pessoa no recinto.

Participação: Sua participação é voluntária, iniciando-se mediante a assinatura deste documento. Você poderá recusar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem nenhum prejuízo a seu atendimento habitual.

Confidencialidade: Todos os dados da presente pesquisa serão confidenciais e somente usados pelos pesquisadores responsáveis para fins científicos. Nenhum nome ou resultado individual será divulgado, permanecendo em total sigilo. O (A) paciente terá acesso a seus resultados a qualquer tempo.

Benefícios: Esta pesquisa objetiva fornecer dados que auxiliem os pesquisados e médicos no acompanhamento dos pacientes tabagistas, visando contribuir para melhor manutenção de qualidade de vida dos fumantes.

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data:

