

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

## **Experiência de aplicação de um programa de cessação do tabagismo com rodoviários no ambiente livre do fumo.**

Lopes, Fernanda, Peuker, Ana Carolina y Bizarro, Lisiane.

Cita:

Lopes, Fernanda, Peuker, Ana Carolina y Bizarro, Lisiane (2011). *Experiência de aplicação de um programa de cessação do tabagismo com rodoviários no ambiente livre do fumo. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/415>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/V1H>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# EXPERIÊNCIA DE APLICAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO COM RODOVIÁRIOS NO AMBIENTE LIVRE DO FUMO

Lopes, Fernanda; Peuker, Ana Carolina; Bizarro, Lisiane  
Capes. Brasil

---

## RESUMEN

O presente relato descreve a aplicação de um Programa de Cessação do Tabagismo realizado em uma empresa de transporte coletivo urbano que implantou a política do ambiente livre do fumo. Pretende-se contribuir apresentando um modelo de intervenção de abordagem cognitivo-comportamental possível de ser implantado no contexto organizacional. O Programa foi realizado em três etapas: levantamento no número de fumantes, avaliação do nível de dependência de nicotina e realização dos grupos de cessação do tabagismo. Os grupos aconteceram em quatro encontros semanais, com duração de duas horas cada, sendo que após trinta dias foi realizado um encontro de manutenção. O objetivo do Programa foi oferecer apoio às pessoas que desejavam parar de fumar, tornando a ação de ambiente livre do fumo mais conscientizadora do que proibitiva, bem como reduzir os custos de saúde associados ao tabagismo tanto para o empregado quanto para o empregador. Psicólogos podem ser agentes comprometidos em manter um ambiente livre de fumo e prevenir os efeitos do tabagismo nas organizações utilizando intervenções cognitivo-comportamentais.

## Palabras clave

Tabagismo Tratamento Cognitivo Comportamental

## ABSTRACT

SMOKING CESSATION PROGRAM HELD IN AN URBAN BUS COMPANY WHICH IMPLEMENTED A SMOKE-FREE ENVIRONMENT POLICY

This report describes a smoking cessation program held in an urban bus company which implemented a smoke-free environment policy. The aim of the program was to offer cognitive-behavioral counseling to workers who wished to quit smoking, facilitating the transition to a smoke-free environment and reducing healthcare costs associated with smoking for both the employee and the employer. The program was conducted in three stages: assessing the number of smokers; assessing their level of nicotine dependence and offering smoking cessation assistance consisting of education and counseling in groups. There were four weekly meetings in the company, lasting two hours each, and a fifth meeting thirty days later as a follow-up. Psychologists can be committed to maintain a smoke-free environment and the effect of smoking in organizations using planned cognitive-behavioral interventions.

## Key words

Tobacco Counseling Cognitive Behavioral

O tabagismo é uma doença registrada no capítulo de Transtornos Mentais e Comportamentais da Classificação Internacional de Doenças (CID- 10), considerada a principal causa de morte evitável em todo o mundo. O cigarro é uma das drogas mais poderosas em termos de capacidade de gerar dependência; apesar disso, é uma substância psicoativa lícita, consumida por cerca de um terço da população brasileira (Carlini, Galduróz, Silva, Noto, & Fonseca, 2006). O uso do tabaco possui alta incidência entre trabalhadores e está associado a inúmeros riscos à saúde, como câncer, enfisema pulmonar, infarto do miocárdio, bronquite crônica, sinusite, cataratas, disfunção erétil, hipertensão arterial, ulcera péptica, leucemia e convulsão (Figlie, Bordin, & Laranjeira, 2004).

Iniciativas que busquem estimular a cessação do tabagismo constituem a regra de ouro para reduzir os custos relacionados à saúde. O controle do tabagismo no ambiente de trabalho visa reduzir as doenças e mortes relacionadas ao uso do cigarro, além dos demais problemas que concorram para a má qualidade de vida do trabalhador e a diminuição da produtividade na empresa. Políticas de restrição de consumo em ambientes de trabalho impactam em taxas de cessação de fumar na ordem de 10 a 20% em um ano; sendo que 95% dos ex-fumantes abandonaram o hábito amparados por campanhas educativas e/ou aconselhamentos e intervenções motivacionais por profissionais da área da saúde (INCA, 1996). Neste contexto, um número crescente de instituições tem implantado programas de promoção da saúde, como por exemplo, as políticas de "Ambiente livre do Fumo". A saúde do trabalhador está vinculada à maior produtividade e menores custos, por esse motivo, um programa de controle e combate ao tabagismo beneficia tanto o empregador, que lucra ao ter um funcionário saudável, mais produtivo e menos dispendioso, quanto o empregado, que se beneficia em ter maior atenção à sua saúde e sua força de trabalho maximizada. Conseqüentemente, a empresa é favorecida ao ter um ambiente eficiente e agradável. Contudo, o tabagismo é uma doença, e o fumante necessita de apoio, aconselhamento, acompanhamento e tratamento médico-social. Desta forma, não é indicada uma imposição coercitiva por parte de quem implanta a política de ambiente livre do tabaco, pois os trabalhadores necessitam de orientações e encorajamento para vencer o hábito de fumar por decisão própria.

A abordagem cognitivo-comportamental é o tratamento não farmacológico para o tabagismo de maior eficácia e tem sido oferecida pelo Ministério da Saúde à população em geral. O Instituto Nacional de Câncer (INCA)

desenvolveu um Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer e, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde e Educação coordenam o Programa nas unidades de saúde e capacitam profissionais em ambientes de trabalho e escolas a desenvolvê-lo (Ministério da Saúde, 2001). A abordagem cognitivo-comportamental objetiva favorecer mudanças no estilo de vida do paciente, bem como modificações de crenças e comportamentos relacionados ao fumar. Este tipo de abordagem é breve e focal e assume como premissa que o comportamento de uso de drogas é aprendido, desencadeado e mantido por emoções e situações específicas; o que requer a modificação das crenças disfuncionais, resolução de problemas e reajuste social para a modificação do comportamento desadaptativo (Presman, Carneiro, & Gigliotti, 2005).

O presente relato refere-se à implantação de um Programa de Cessação do Tabagismo (PCT) para rodoviários (motoristas e cobradores) fumantes, funcionários de uma empresa de transporte urbano de Porto Alegre, RS que adotou um ambiente livre do fumo. O PCT contemplou ações como: psicoeducação sobre o tabagismo e possíveis sintomas de abstinência; treinamento em assertividade e resolução de problemas; motivação para a cessação do tabagismo e treinamento em habilidades sociais (ex. como o fumante poderia ampliar e/ou fortalecer sua rede social e obter apoio fora do tratamento). Todos estes conteúdos foram tratados em sessões grupais com 120 minutos cada, durante quatro semanas consecutivas.

A modalidade de grupo favorece o relacionamento entre os participantes, a troca de experiências em relação ao histórico do tabagismo e a interpretação da realidade vivenciada. Além disso, visa conduzi-los a tomarem a decisão de parar de fumar a partir de informações sobre a doença com orientação, aconselhamento e acompanhamento de um profissional da saúde. O PCT foi desenvolvido em três etapas, sendo: 1) Levantamento do número de fumantes da empresa; 2) Avaliação do nível de dependência dos fumantes e inscrição voluntária nos grupos e 3) Realização dos grupos.

## MÉTODO

### Participantes e Procedimentos

#### Etapa 1: Levantamento do número de fumantes da empresa

Participaram 642 (94%) dos 680 funcionários ativos da empresa. O levantamento foi feito através de um formulário no qual constavam as perguntas: *Você é fumante? Você gostaria de ajuda para parar de fumar?* Este formulário foi aplicado pessoalmente pela psicóloga da empresa, que fazia as perguntas oralmente e registrava por escrito, no dia da folha de pagamento. Declaram-se fumantes 90 funcionários (13%), dos quais 70 (10%) referiram desejar ajuda para parar de fumar, por isso foram os a participar da segunda etapa.

#### Etapa 2: Avaliação do nível de dependência dos fumantes

A avaliação foi realizada através do Monoxímetro e do *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND). Após a avaliação, os 30 funcionários inscreveram no Programa de Cessação do Tabagismo.

### Etapa 3: Realização dos grupos

O objetivo dos grupos era de oferecer psicoeducação e treino de estratégias cognitivas e comportamentais para o manejo dos sintomas de abstinência e da fissura. Os grupos foram coordenados por duas psicólogas, uma vinculada à empresa e outra externa, e foram realizados na sala de treinamentos da empresa, equipada com recurso de data show e cadeiras estofadas. Cada encontro teve duração total de 2hs e frequência semanal, totalizando quatro encontros, que foram realizados no turno inverso ao de trabalho. Assim, foram realizados dois grupos: um no turno da manhã e outro à tarde. Foi organizada uma apostila com resumos ilustrados dos tópicos principais abordados em cada encontro. Participaram efetivamente do Programa 16 funcionários (18% dos fumantes), que foram divididos em dois grupos de oito participantes, considerando o turno inverso das suas atividades laborais (ver fluxograma na figura 1). A média de idade dos participantes foi de 38 anos (dp = 9,6), do número de cigarros fumados por dia foi 21 cigarros (dp = 2,6) e do tempo de uso do cigarro foi de 19 anos (dp = 8,8).

### Etapa 4: Encontro de Manutenção

O encontro de manutenção aconteceu 30 dias após o último encontro do grupo e teve como objetivo reforçar as estratégias cognitivas e comportamentais para o manejo dos sintomas de abstinência e da fissura.

**Tabela 1**

#### Objetivos de Cada Encontro

Encontros	Objetivos
1º Encontro	Apresentações (histórico, por que fumar, por que parar de fumar) Descrever os aspectos do tabagismo (ambivalência) Dependência química, psicológica e comportamental Métodos para deixar de fumar: parada abrupta e gradual Descrever os prejuízos à saúde provocados pelo tabagismo Tarefa: Data e forma para deixar de fumar
2º Encontro	Síndrome de abstinência Exercícios de relaxamento, água, exercícios físicos Assertividade Técnica de resolução de problemas Manejo da fissura
3º Encontro	Benefícios físicos (e outros) desde que pararam Ganho de peso / Alternativas Exame de crenças sobre as substâncias psicoativas (álcool) Exame dos pensamentos disfuncionais sobre o uso do cigarro Buscar rede de apoio
4º Encontro	Prevenção de recaída (recaída X lapso) Identificar e antecipar situações de risco de recaída Desenvolver estratégias de enfrentamento para situações de risco Cartão de enfrentamento
Encontro de Manutenção	Seguiu padrões do 4º Encontro Discussão de sentimentos e estratégias de lidar com a fissura

## RESULTADOS

Dentre os 30 fumantes inscritos no PCT, 16 efetivamente aderiram aos quatro encontros, o que resulta num índice de adesão de 53%. Entre a etapa do Levantamento e a da Inscrição, 2 funcionários pararam de fumar utilizando o método da parada abrupta e se mantiveram abstinentes após 60 dias, quando foi realizada a medição do nível de intoxicação por CO dos participantes após 30 dias do último encontro. Estes dois funcionários não participaram do Programa, portanto não estão na descrição dos participantes, mas referiram que apenas a pergunta “*Você gostaria de ajuda para parar de fumar?*” foi suficiente para que decidissem parar.

Dentre os 16 fumantes participantes do Programa, 7 (44% dos participantes) atingiram a abstinência (comprovada por medição do monóxido de carbono, no qual apresentaram níveis de não fumantes) e 9 (56% dos participantes) reduziram o consumo do cigarro. Porém, conforme mostra a tabela 2, no acompanhamento de 30 dias após o término do Programa, 4 dos 9 participantes que haviam reduzido (44%) retornaram ao antigo padrão de consumo. Portanto, os participantes que optaram pelo método da parada abrupta foram mais beneficiados pelo programa do que os que escolheram o método da parada gradual.

Durante os quatro encontros do grupo, as principais crenças relatadas pelos participantes a respeito do processo de parada foram de incapacidade (“Sem remédio não vou conseguir”), falta de controle (“É muito difícil, o cigarro é mais forte do que eu”), incerteza e ambivalência quando ao futuro e às mudanças (“Vou ter que mudar tudo na minha vida, porque tudo está associado ao cigarro”).

No último encontro e no encontro de manutenção, os principais benefícios relatados pelos participantes que conseguiram atingir a abstinência foram uma sensação de controle, sensação de liberdade, elogios dos familiares, melhora nas relações sociais e fim do preconceito. Além destes, benefícios referentes à melhora da saúde como aumento da capacidade pulmonar, melhora do paladar e olfato foram referidos tanto pelos participantes que atingiram abstinência, como pelos participantes que apenas tinham conseguido a redução.

## DISCUSSÃO

Pode-se considerar que o Programa desenvolvido obteve êxito uma vez que todas as etapas planejadas foram cumpridas e os objetivos iniciais propostos foram alcançados. A etapa do levantamento foi de fundamental importância tanto para que a empresa pudesse ter um panorama geral do número de fumantes, como para sensibilizá-los a fazerem uma tentativa de parar de fumar. Conforme foi relatado nos resultados, dois funcionários decidiram parar de fumar nesta etapa e, como obtiveram sucesso, nem participaram do programa. Observou-se, de modo geral, que os participantes apresentavam um repertório comportamental empobrecido, com déficits importantes de recursos de enfrentamento (habilidades de *coping*) e de habilidades sociais. Foram

discutidos tópicos relativos a estas questões, incluindo treino de resolução de problemas e de assertividade.

A eficácia do tratamento comportamental pode ser atribuída, em parte, à utilização de diversas técnicas no tratamento do tabagismo, como o treino de habilidades e resolução de problemas, relaxamento, assertividade e prevenção de recaída. Além disso, o tratamento em grupo pode proporcionar algumas vantagens específicas, como maior suporte social e maior diversidade na discussão sobre fatores de risco de recaída, estratégias para enfrentar situações difíceis e manejo de fissura (Presman, e cols., 2005). No grupo aqui relatado as coordenadoras estimularam que os participantes criassem uma rede de apoio entre eles (ex: trocas de experiências, criação de lista de contato telefônico, etc.) com a qual pudessem obter apoio não só durante, mas também após o término do tratamento.

Uma sugestão importante para futuros Programas de Cessação do Tabagismo é que se faça um acompanhamento individual concomitante à realização do grupo. O tratamento individual adapta as técnicas às características específicas e às particularidades dos hábitos de cada fumante (Presman, e cols., 2005). Programas de Cessação do Tabagismo administrados em múltiplos formatos (individual e grupal) aumentam as taxas de abstinência, e, portanto, devem ser encorajados (Fiore, 2000).

No presente estudo, entre o momento da inscrição e do primeiro encontro, o índice de adesão foi de 53%. Funcionários que se inscreveram e não compareceram nos encontros confessaram que desistiram de participar porque pensaram que a abordagem seria similar à do aconselhamento médico, com foco principal nos prejuízos à saúde. Contudo, sabe-se que a ambivalência é um dos aspectos presentes no comportamento aditivo e um fator fundamental para o êxito do tratamento é a motivação para a mudança (Melo, Oliveira, & Ferreira, 2006). Além disso, o fato do tratamento ter sido oferecido pela própria empresa pode também ter despertado crenças ambivalentes, como “meu emprego está em risco se eu não parar e fumar” *versus* “a empresa está preocupada com minha saúde, o que pode ser considerada uma limitação deste estudo.

Uma revisão da literatura sobre estudos que avaliaram programas de promoção da saúde no ambiente de trabalho revelou que a simples mensuração de índices de saúde, mesmo quando acompanhada de *feedback*, não constitui a melhor abordagem para promover a mudança de comportamento e a redução dos riscos de saúde entre os funcionários de uma empresa (Lancaster, e cols., 2000). A intervenção deve abranger avaliações ao longo do tempo (follow-up) que ampliem a percepção do empregado acerca dos riscos de saúde aos quais está exposto; sessões que desenvolvam habilidades necessárias à mudança de comportamento e o potencializem a motivação para adotar um estilo de vida mais saudável. Ademais, as oportunidades no contexto organizacional para a prática de hábitos saudáveis devem ser ampliadas.

Contudo, a implantação de um programa bem sucedido não pode prescindir de uma adequada avaliação inicial, pois assim pode-se evitar o dispêndio de recursos e o aumento dos gastos com cuidados de saúde. Entre as melhores práticas destaca-se o desenvolvimento de programas comprometidos com a organização; que forneçam incentivos para os colaboradores participarem; que estabeleçam triagens e *screenings* de necessidades adequados; que baseiem suas intervenções em evidências; que tenham um processo efetivo de implantação e que ainda contem com um programa contínuo de avaliação (TFCPS, 2010). Assim, uma limitação do Programa aqui relatado foi o tempo de acompanhamento após o término do PCT. Realizou-se um seguimento breve de 30 dias, mas sabe-se que o ideal é que se realizem estudos com delineamento longitudinal que obtenham resultados de seguimento mais longos (ex. após seis meses e um ano) (TFCPS, 2010). Por último, sugere-se ainda que outras medidas (por exemplo, motivação para a mudança, comorbidades psiquiátricas) sejam utilizadas antes, durante e após a intervenção. Tais medidas poderão contribuir para o ajuste do PCT às necessidades dos participantes, resultando em uma maior adesão e remissão do tabagismo e, conseqüentemente, na redução dos custos de saúde, tanto para o empregado quanto para o empregador.

## BIBLIOGRAFÍA

- Carlini, E. A., Galduróz, J., Silva, A., Noto, A., & Fonseca, A. (2006). II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.
- Figlie, N. B., Bordini, S., & Laranjeira, R. (2004). Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca.
- Fiore, M. C. (2000). US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respiratory Care*, 45(10), 1200-1262.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Instituto Nacional de Câncer (1996). Programa Prevenção Sempre: Módulo Tabagismo. Manual da Comissão Executiva para implantação do Programa em Ambientes de Trabalho. Disponível em [www.se.gov.br/.../anexo\\_16\\_tabagismo\\_\\_\\_manual\\_comisso\\_executiva\\_\\_\\_programa\\_pr.doc](http://www.se.gov.br/.../anexo_16_tabagismo___manual_comisso_executiva___programa_pr.doc)
- Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C., & Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal*, 321, 355-358.
- Melo, W., Oliveira, M., & Ferreira, E. (2006). Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação em Psicologia*, 10, 91-99.
- Ministério da Saúde. (2001). Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: MS.
- Presman, S., Carneiro, E., & Gigliotti, A. (2005). Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(5), 267-275.
- Task Force on Community Preventive Services (2010). Recommendations for worksite-based interventions to improve worker's health. *American Journal of Preventive Medicine* 38, 232-236.