

ACONSELHAMENTO TELEFÔNICO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Eliane Corrêa CHAVES^a
Sílvia Maria Ribeiro OYAMA^b

RESUMO

As intervenções que visam orientar e facilitar o abandono do hábito de fumar são componentes importantes e necessários no planejamento de programas de promoção da saúde. Este artigo tem a finalidade de descrever e avaliar uma nova forma de abordagem para cessação do tabagismo: a abordagem telefônica. O estudo foi realizado no Centro Promoção da Saúde (CPS) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Foram feitos cinco contatos a dezoito clientes, por meio dos quais foram feitos aconselhamentos e intervenções baseadas nos preceitos da Teoria Cognitivo Comportamental. Na análise estatística foram utilizados os testes de McNemar e Kappa. Os resultados mostraram que os clientes que receberam cinco contatos diminuíram a quantidade de cigarros fumados e 16,7% dos indivíduos pararam completamente com o hábito de fumar. Estes sugerem que o método pode ser uma alternativa no tratamento do fumante.

Descritores: Abandono do hábito de fumar. Telefone. Aconselhamento. Promoção da saúde.

RESUMEN

Las intervenciones dirigidas a orientar y facilitar el abandono del hábito de fumar son componentes importantes y necesarios en la planificación de programas de promoción de la salud. Este artículo tiene la finalidad de describir un nuevo enfoque para el cese del tabaquismo: el enfoque telefónico. El estudio fue realizado en el Centro Promoción de la Salud (CPS) del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (HCFMUSP), Brasil. Se hicieron cinco contactos con dieciocho pacientes y a través de los mismos se aconsejó e intervino tomando como base las normas de la Teoría Cognitivo-Comportamental. En el análisis estadístico se utilizaron las pruebas de McNemar y Kappa. Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron cinco contactos redujeron la cantidad de cigarros fumados y el 16,7% de los individuos pararon completamente con el hábito de fumar. Esto sugiere que el método puede ser una alternativa en el tratamiento del fumador.

Descriptorios: Cese del tabaquismo. Teléfono. Aconsejar. Promoción de la salud.

Título: Consejería telefónica en el cese del uso de tabaco.

ABSTRACT

Interventions with the objective of guiding and facilitating smoking cessation are important strategies, as well as necessary for planning health promotion programs. This article proposes a new approach for smoking cessation: a telephone approach. This study was conducted at the Health Promotion Center of the Hospital de Clínicas, School of Medicine of the University of São Paulo (HCFMUSP), Brazil. Eighteen patients were called five times receiving counseling and interventions based on the Cognitive Behavioral Theory. McNemar and Kappa tests were used for the statistical analysis. According to the results, patients who received five phone calls reduced their cigarette intake and 16.7% of them quit smoking, suggesting that this method can become an alternative in the treatment to quit smoking.

Descriptors: Smoking cessation. Telephone. Counseling. Health promotion.

Title: Telephone counseling for tobacco cessation.

^a Professora Doutora do Departamento Médico Cirúrgico da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), São Paulo, Brasil.

^b Aluna de Doutorado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da EEUSP, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública, característico apenas da espécie humana. Apesar dos 40 anos passados desde o primeiro documento governamental (*Surgeon General Report*)⁽¹⁾ sobre os prejuízos do fumo à saúde, o mesmo persiste como uma das principais causas preveníveis de morte no mundo.

O consumo de cigarros está relacionado com 30% das mortes por câncer. É fator de risco para desenvolvimento de carcinomas do aparelho respiratório, esôfago, estômago, pâncreas, cervix uterina, para rim e bexiga⁽²⁾, além do desenvolvimento de aneurismas arteriais, trombose vascular, úlceras do trato digestório, infecções respiratórias, impotência sexual masculina⁽³⁾ e doenças cardiovasculares.

O cigarro é constituído por mais de 4.700 substâncias tóxicas diferentes. Há diversos irritantes como formaldeído, cetonas, monóxido de carbono, amônia, entre outros, além das substâncias cancerígenas como o alcatrão, níquel, chumbo, etc.⁽³⁾. A dependência química é causada pela nicotina presente no cigarro. A nicotina induz dependência e tolerância pela ação nas vias dopaminérgicas centrais, levando às sensações de prazer e recompensa, mediadas pelo sistema límbico. É estimulante do sistema nervoso central, aumenta o estado de alerta e reduz o apetite⁽²⁾.

O estabelecimento da dependência é um fenômeno bastante complexo que não pode ser explicado com base unicamente nos condicionamentos e nas características farmacológicas da droga. Vários outros fatores estão presentes. No caso da nicotina, o processo de formação do hábito em torno da droga e das várias contingências e gestuais que envolvem o ato de fumar têm grande influência na manutenção da dependência, na resistência para iniciar a parada e principalmente para facilitar a recaída⁽⁴⁾.

Atualmente, existem várias formas de cessação do tabagismo. As abordagens são variadas, podendo ser farmacológicas, através do uso de medicação (por exemplo, antidepressivos) e/ou reposição da nicotina, ou através das abordagens não farmacológicas, que incluem desde material de auto-ajuda, aconselhamento presencial, intervenção em grupo, aconselhamento telefônico, terapia comportamental, acupuntura e hipnose.

Aconselhamento telefônico para cessação do tabagismo

O uso de serviços telefônicos para dar informações e suporte ao fumante pode ser oferecido através de ligações reativas, em que o fumante liga para um número telefônico procurando ajuda e aconselhamento, geralmente utilizado em linhas de ajuda ou através de ligações proativas, em que o fumante recebe a ligação do profissional conforme combinação prévia⁽⁵⁾.

Os benefícios dessa intervenção incluem a velocidade de acesso do paciente ao profissional de saúde, a diminuição do tempo de espera para a consulta, a redução do tempo e custo na locomoção dos pacientes, a possibilidade de aumentar a frequência dos contatos, além da diminuição da necessidade de retorno presencial do paciente⁽⁶⁾.

O telefone é uma tecnologia de baixo custo para a promoção da saúde, que pode atender pessoas em diversos lugares, em curto espaço de tempo, podendo deixar a rotina do serviço de saúde mais dinâmica. Os pacientes mais beneficiados poderão ser os que não dispõem de acesso ao especialista, ou aqueles cuja atenção básica é precária ou inexistente.

Um serviço centralizado de ajuda por telefone pode ser um serviço acessível e eficiente de controle do uso de tabaco. O uso deste aparelho como tecnologia para ajudar os fumantes a cessarem o uso do tabaco pode ser uma importante estratégia nos programas de cessação do tabagismo⁽⁷⁾.

Um estudo realizado na Escócia, em 1994, com adultos e fumantes regulares, mostrou que o uso do telefone contribuiu consideravelmente para a redução da prevalência de fumantes em indivíduos de 25 a 65 anos. Nesse estudo, cerca de um quarto dos fumantes que utilizaram a intervenção por telefone permaneceu abstinente após um ano do início da intervenção⁽⁸⁾.

A intervenção telefônica proativa mostrou-se eficiente, aumentando as taxas de abstinências em curto prazo em 34% em comparação com intervenção controle. A longo prazo, o aumento verificado foi de 20%⁽⁷⁾.

Apesar do atendimento telefônico já ser utilizado nos Estados Unidos (Califórnia, Oregon, Arizona e Massachusetts) mostrando-se eficiente, ainda não existe um método estruturado para este tipo de atendimento, sendo necessário o estabele-

cimento de um procedimento ou protocolo. Para atingir esta finalidade, alguns modelos teóricos utilizados nas intervenções presenciais em promoção da saúde podem ser úteis também na intervenção telefônica, embora demandem certa adaptação. Podemos citar especialmente dois modelos teóricos aplicáveis a este fim: o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente e a teoria cognitivo-comportamental. Este estudo teve como objetivo descrever um método de intervenção telefônica e avaliar esta abordagem.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado no Centro de Promoção da Saúde (CPS) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e fez parte da dissertação de Mestrado intitulada "Abordagem telefônica para promoção da saúde"⁽⁹⁾. Foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPESQ) da Diretoria Clínica do HCFMUSP, atendendo os requisitos éticos em sua realização.

Foram incluídos no estudo 18 clientes que procuraram pela primeira vez o serviço ambulatorial do CPS. Esses clientes buscaram o serviço para a obtenção de ajuda profissional para realização do rastreamento de sua condição de saúde. Essa população foi escolhida aleatoriamente e é composta de indivíduos de faixas etárias diversas e de ambos os sexos.

Inicialmente, foi aplicado um questionário com o objetivo de avaliar a dependência do cigarro, além de conter dados de identificação de cada participante. Este primeiro contato foi realizado no próprio CPS. A aplicação deste questionário representou o ponto de avaliação inicial. De tal forma, as medidas feitas posteriormente ao aconselhamento telefônico tiveram as informações colhidas pelo questionário inicial como base de comparação.

Os clientes receberam cinco ligações telefônicas, com o intervalo de um a dois meses, conforme a disponibilidade do cliente em atender a pesquisadora. O primeiro contato foi realizado após um mês deste contato inicial. A abordagem telefônica incluiu orientações para cessação do tabagismo, registro das informações recebidas ou fornecidas referentes ao hábito de fumar, além de discussões sobre a dificuldade encontrada pelos clientes para cessação deste hábito, sendo levanta-

das soluções para o enfrentamento dessas dificuldades. Também foram utilizadas algumas técnicas para mudança de comportamentos disfuncionais, neste caso o tabagismo, apresentadas a seguir nas etapas do contato telefônico.

As etapas do contato telefônico podem ser divididas como demonstrado a seguir.

No primeiro contato telefônico, a pesquisadora se apresentou, verificou a disponibilidade do cliente em atendê-la e, quando o cliente não podia atender, foi agendada nova data para este contato.

Quando houve a disponibilidade, foi construído o contrato e começou-se a criação do vínculo entre a pesquisadora e cliente.

Foram fornecidos ao cliente informações sobre cessação do tabagismo, sendo abordado os benefícios da cessação, os motivadores para a mudança e as formas de como realizá-la.

O cliente foi questionado sobre as possíveis dificuldades que o impediam de tentar mudar o comportamento ou que o impediam da mudança em si.

Quando uma barreira foi apresentada, algumas sugestões para tentar eliminar estas barreiras foram apresentadas e, em conjunto com o cliente, era escolhida a melhor opção para aquela determinada barreira.

A partir do primeiro contato, foi utilizada com o cliente a técnica de automonitoração. A automonitoração escolhida para este estudo foi o uso do diário, que incluiu contadores de frequência exemplificado pelo registro da hora, do comportamento disfuncional e dos comportamentos associados a essa situação, além do sentimento vivenciado antes e depois de fumar.

Durante todo o contato, as dúvidas que foram surgindo foram esclarecidas.

O resumo final une e reforça os pontos importantes e revisa o que o paciente concordou em fazer para tarefa de casa.

A partir do segundo contato, incluíram-se novas etapas.

A ponte com o contato anterior é uma breve verificação da percepção e entendimento do paciente a respeito desse contato. Este tipo de abordagem motiva o cliente a se preparar para o próximo contato, condicionando-o a pensar no conteúdo trabalhado durante todo o tempo.

Como atualização retrospectiva, foi verificado se houve alguma mudança nos comportamen-

tos do cliente, no período entre o último contato e o contato atual. Quando o cliente referiu que houve a mudança, foi verificado em que período isto aconteceu e como foi este processo de mudança.

Verificou-se se o cliente fez a tarefa de casa e se os dados da tarefa foram anotados. Também foram abordadas as possíveis dificuldades do cliente em realizar o registro das informações, ressaltando na conversa se esta tarefa fez sentido e o que significou para ele.

Após verificação do diário com a identificação e conscientização de contingências eliciadoras, era possível verificar algumas situações que induziam o comportamento.

Depois da identificação de atitudes que melhoraram ou desencadearam o comportamento esperado, o cliente foi parabenizado e incentivado a continuar esta ação, com reforço de atitudes e comportamentos funcionais.

Após a coleta de dados, foi feito o tratamento estatístico. Foram utilizados os testes de McNemar e Kappa.

RESULTADOS

Entre os 18 indivíduos fumantes houve predominância de adultos do sexo feminino (77%), com faixa etária entre 40 e 59 anos. A maior parte mora com companheiro e filhos e trabalha apenas em casa, tendo renda per capita média de R\$ 250,00 a R\$ 500,00 reais e ensino fundamental completo.

Todos os participantes não realizavam nenhum outro tipo de acompanhamento para a cessação do tabagismo.

Após o quinto contato, aproximadamente cinco a sete meses após o início do atendimento, três (16,7%) indivíduos pararam completamente com o tabagismo ($P = 0,479$ McNemar $< 0,05$).

Um dos participantes iniciou a intervenção com grau de dependência alto e dois com grau médio, avaliado através do teste de Fagerstrom. No final da intervenção estes três participantes obtiveram o grau de dependência muito baixa.

Entre o terceiro e quinto contato telefônico, sete fumantes diminuíram o número de cigarros fumados por dia ($P = 0,041$ McNemar $< 0,05$).

No momento pré-contato, os fumantes apresentaram estágio de motivação favorável à mudança, em que seis (33,3%) pensavam em mudar e 12 (66,7%) já estavam realizando tentativas de mu-

dança, apresentando dificuldades para a cessação do tabagismo. Após a intervenção, três (16,7%) indivíduos estavam sem fumar, sem dificuldades, nove (50%) continuaram realizando tentativas de mudança, apresentando dificuldades, cinco (27,8%) estavam pensando em mudar e um (5,6%) regrediu, não pensando mais na possibilidade de mudança ($P = 0,34$ Kappa $< 0,001$).

O grau de dependência à nicotina diminuiu após a intervenção, conforme Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes conforme resultado do teste Fagerstrom. São Paulo, 2007.

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

Nota: Entre o pré-contato e 5° contato: $P = 0,018$. Kappa $P < 0,001$.

Entre os fumantes que não pararam de fumar durante a intervenção, todos (100%) diminuíram o número de cigarros fumados por dia.

DISCUSSÃO

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) realizou um estudo sobre tabagismo entre 2002 e 2003, em 16 capitais brasileiras, mostrando que a prevalência de indivíduos fumantes foi de 12,9% a 25,2%, índices menores que os obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1989, quando registrou-se no Brasil 31,7%⁽¹⁰⁾.

Verificou-se que houve uma pequena mudança de comportamento na amostra estudada. Ao compararmos os resultados aqui obtidos com estudos de intervenções presenciais apresentados em publicações científicas, temos que, em estudo brasileiro publicado em 1998, avaliando a eficácia da intervenção ambulatorial na cessação do hábito de fumar com cem pacientes, utilizando o adesivo de reposição de nicotina entre oito a 12 semanas e contatos presenciais individuais a cada 21 dias no período de oito ou 12 semanas, a mudança de comportamento observada foi de 41% após um ano do início do tratamento⁽¹¹⁾.

Em outro estudo brasileiro realizado para avaliar a efetividade dos métodos de abordagem cognitivo-comportamental e da terapia de reposição de nicotina com adesivos para cessação do fumo, com 1.199 voluntários, a taxa de mudança de comportamento após um ano do início da intervenção foi de 20% para grupos submetidos ao aconselhamento breve, 23% para grupos submetidos ao aconselhamento intensivo e 30% para grupos que utilizaram adesivos⁽¹²⁾.

Em um terceiro estudo brasileiro desenvolvido no Ambulatório de Auxílio ao Abandono do Tabagismo da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), realizado com 169 fumantes atendidos entre 1999 e 2000, foi feita a comparação da efetividade de quatro métodos de intervenção (o aconselhamento, a reposição de nicotina, a utilização da bupropiona e a associação dos dois últimos) visando à cessação do hábito de fumar. A taxa de mudança de comportamento observada foi de 49,1% entre os 124 pacientes que completaram o tratamento. Quanto à comparação da efetividade entre os métodos, os percentuais de mudança de comportamento foram: 23% quando foi utilizado o método de aconselhamento, 50% para reposição de nicotina, 59% para utilização da bupropiona e 59% para a associação da bupropiona e nicotina⁽¹³⁾.

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

Ao compararmos os resultados dos estudos citados com os do presente estudo, observamos que o percentual de mudança de comportamento do grupo deste último foi menor do que todos os outros, em particular do que aqueles que usaram suporte medicamentoso e dos que tiveram contatos numericamente superiores a cinco. Estes fatores aparentemente influenciaram no resultado de modo mais significativo do que o caráter presencial ou telefônico da intervenção, uma vez que, nas situações estudadas em que houve ausência do suporte medicamentoso e intervenções numericamente mais reduzidas, o índice de efetividade foi próximo ao encontrado no presente estudo.

A comparação dos dados obtidos neste estudo com outros estudos de intervenção telefônica apresentados na literatura científica apresenta uma dificuldade, pois não foi possível localizarmos estudos que se assemelhassem metodologicamente com este. A literatura traz algumas publicações que utilizam o telefone em um modelo de intervenção denominado "ligação reativa". Tal modelo se refere à intervenção telefônica na qual o cliente liga para um número de telefone específico, por iniciativa própria, procurando ajuda e aconselhamento nos momentos e com a frequência que desejar, sem que haja qualquer projeto processualmente constituído. As intervenções são pontuais e o método é o mais indicado para grandes populações⁽⁵⁾.

A intervenção proposta no presente estudo tem sido teoricamente denominada de "ligação pró-ativa", ou seja, o profissional de saúde liga para o cliente e conduz a intervenção com base num programa de ação estabelecido em conjunto com este⁽⁵⁾. É o mais indicado para populações pequenas e vinculadas a serviços de saúde específicos e por isto a eleita para este estudo. Pelas diferenças expostas, a comparação dos resultados destes dois modelos de intervenção não é a mais apropriada, no entanto, por falta de outras opções disponíveis, ela será feita, considerando as limitações já anunciadas.

Pesquisa sueca realizada em 2004 com 1131 pessoas sobre custo-efetividade de um serviço telefônico gratuito de alcance nacional (ligação reativa), após um ano de atividade, relatou que 31% dos fumantes afirmaram ter abandonado o uso do cigarro⁽¹⁴⁾.

Um estudo inglês, no qual foi avaliado o impacto de um serviço telefônico (ligação reativa) para fumantes, utilizando também o suporte de informações escritas, durante campanha em massa desde 1994, após um ano apresentou sucesso com 22% dos fumantes⁽¹⁵⁾.

Outro estudo realizado na Escócia para avaliar a eficácia da campanha antitabagista desde 1992, com uso da intervenção telefônica, mostrou que, em um ano da intervenção, 23,6% dos fumantes mudaram o comportamento, parando de fumar. Vale ressaltar que este serviço adotou a ligação reativa e disponibilizou ao cliente material de apoio por escrito⁽⁸⁾.

Com base nos estudos apresentados na literatura, é possível perceber que os percentuais de sucesso variam consideravelmente entre os dife-

rentes serviços de cessação ao tabagismo, não apresentando relação com estratégias de reforçamento paralelo (material de suporte escrito). Tais dados parecem indicar que este tipo de estratégia ainda merece maior investigação científica. De qualquer modo, se comparados aos resultados deste estudo (16,7%), parecem indicar que não houve vantagens no acompanhamento seqüencial e individualizado ocorrido, uma vez que o percentual de sucesso deste foi menor do que a maioria dos estudos baseados em intervenções únicas, pontuais e reativas.

Ao analisarmos a diminuição dos cigarros fumados por dia, concluímos que todos diminuíram a quantidade de cigarros. Estudo brasileiro realizado com objetivo de avaliar os percentuais de sucesso/fracasso entre fumantes tratados em ambulatório mostrou que 13,7% do grupo conseguiu reduzir significativamente o número de cigarros fumados por dia. Este estudo não faz referência ao número de encontros realizados no programa avaliado⁽¹³⁾.

Estudo realizado na Escócia utilizando a abordagem telefônica reativa, a fim de auxiliar fumantes a pararem de fumar, observou que 88% dos fumantes relataram ter feito alguma mudança no seu comportamento com relação ao hábito de fumar⁽⁸⁾.

Em estudo inglês com o mesmo objetivo, utilizando a abordagem telefônica reativa com suporte de informação escrita, 28% dos fumantes relataram diminuição do número de cigarros fumados por dia.

CONCLUSÃO

Houve uma discreta mudança de comportamento entre os fumantes deste estudo, assim como uma diminuição de cigarros fumados por dia por todos os participantes.

Estes resultados sugerem que este método pode ser uma alternativa no tratamento ao fumante, proporcionando uma maior facilidade de acesso ao profissional de saúde, além da possibilidade de economia de tempo e dinheiro.

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

Como esta abordagem é ainda nova, mais estudos científicos precisam ser realizados para com-

provar o real custo benefício desta nova modalidade de atendimento aos fumantes.

REFERÊNCIAS

- 1 Department of Health, Education, and Welfare (USA), Public Health Service. Smoking and health: report of the Advisory Committee of the Surgeon General of the Public Health Service. Washington (DC); 1964 [cited 2008 Jan 15]. (Public Health Service Publication; 1103). Available from: http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/M/Q/_/nbbmq.pdf.
- 2 Balbani APS, Montovani JC. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 2005;71(6):820-7.
- 3 Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer. Falando sobre tabagismo. Rio de Janeiro; 1998.
- 4 Chaves EC, Mendonça LGT. Uso e dependência do tabaco. In: Benseñor IFCT, Silveira MM, Silva FMS, Dorea EL, Lotufo PA, organizadores. Medicina em ambulatório: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier; 2006. v. 1. p. 62-72.
- 5 Presman S, Carneiro E, Gigliotti A. Tratamentos não farmacológicos para tabagismo. Revista de Psiquiatria Clínica 2005;32(5):267-75.
- 6 Car J, Sheikh A. Telephone consultations. British Medical Journal 2003;326(7396):966-9.
- 7 Zhu SH, Anderson CM, Johnson CE, Tedeschi G, Roeseler A. A centralised telephone service for tobacco cessation: the California experience. Tobacco Control 2000;9(Suppl 2):II48-55.
- 8 Platt S, Tannahill A, Watson J, Fraser E. Effectiveness of antismoking telephone helpline: follow up survey. British Medical Journal 1997;314(7091):1371-5.
- 9 Oyama SMR. Abordagem telefônica para promoção da saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
- 10 Achutti A. Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vitrô; 2001.
- 11 Issa JS, Forti N, Giannini SD, Diament J. Intervenção sobre tabagismo realizada por cardiologista em rotina ambulatorial. Arquivo Brasileiro de Cardiologia 1998;70(4):271-4.

- 12 Otero UB, Perez CA, Szklo M, Esteves GA, Pinho MM, Szklo AS, et al. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo comportamental e uso de adesivos transdérmicos da reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no município do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2006;22(2):439-49.
- 13 Haggström FM, Chatkin JM, Cavalet-Blanco D, Rodin V, Fritsher CC. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. Jornal de Pneumologia 2001;27(5):255-61.
- 14 Duran RLR, Machado MCV, Granja TM. Custo efetividade das intervenções do tabagismo: revisão bibliográfica [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.
- 15 Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. Tobacco Control 2000;9(2):148-54.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**
Silvia Maria Ribeiro Oyama
Alameda das Araras, 343, Alpes da Cantareira
07600-000, Mairiporã, SP
E-mail: silviaoyama@usp.br

Recebido em: 07/03/2008
Aprovado em: 27/08/2008