

Intervenção motivacional numa consulta de tabagismo com base no modelo de mudança comportamental – uma proposta

MÁRIO SANTOS*

O autor apresenta uma proposta de organização da consulta de cessação tabágica, resultado da experiência dos últimos quatro anos, como responsável pelo programa de tabagismo da UCS – Cuidados Integrados de Saúde (Serviços de Saúde do Grupo TAP), onde se combina a intervenção motivacional ao apoio comportamental e farmacológico, numa consulta estruturada em três encontros clínicos directos e cinco contactos telefónicos. Neste contexto, onde a intervenção do profissional de saúde é particularmente «não directiva», sublinha-se a importância da motivação na adesão do indivíduo dependente ao tratamento e caracteriza-se os aspectos essenciais de cada uma das etapas diferenciadas do processo de mudança, com realce para suporte comportamental e para as questões que provocam «falas de mudança», que permitem a expressão verbal e encorajam a pessoa a tomar a decisão de parar de fumar.

Palavras chave: Cessação Tabágica; Dependência Nicotínica; Entrevista Motivacional; Estádios de Mudança; Processos de Mudança; Tabagismo

INTRODUÇÃO

O consumo do tabaco é o comportamento aditivo cujos efeitos sobre a saúde de mais têm sido estudados e cujos resultados dos estudos efectuados recebem mais concordância. As cerca de 17.000 pessoas que em Portugal provavelmente não morreriam este ano se não se fumasse¹ parecem finalmente ser motivo suficiente para que se revejam as actuais políticas de saúde em relação ao tabagismo.

Este artigo propõe uma nova abordagem por etapas diferenciadas do proces-

so de mudança da cessação tabágica, resultado da experiência do autor nos últimos quatro anos, onde se combina a intervenção motivacional ao apoio comportamental e farmacológico, numa consulta estruturada em três encontros clínicos directos e cinco contactos telefónicos. Neste contexto organizacional, o profissional de saúde tem um papel «não directivo», isto é, em vez de fornecer soluções e sugestões para se deixar de fumar, oferece condições que proporcionam ao fumador o espaço necessário para uma evolução natural no sentido do abandono do tabagismo, ao mesmo tempo que mantém uma direcção e escolhe o momento certo para intervir.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL: ENQUADRAMENTO TEÓRICO E PRÁTICO

No passado recente, a prática clínica tinha uma perspectiva da motivação como algo praticamente imutável, isto é, ou o indivíduo estava motivado para o tratamento e nestas condições o médico tinha uma intervenção pré-defini-

*Médico de Família. Responsável pela consulta de tabagismo UCS, Cuidados Integrados de Saúde

da a desempenhar, ou a pessoa não estava motivada e então a ajuda profissional não era possível. Porém, actualmente, com a técnica psicológica desenvolvida para as mudanças de comportamento – Entrevista Motivacional (EM) – a adesão do indivíduo dependente ao tratamento, apoia-se na sua motivação, atitude esta que pode ser modificada ao longo da abordagem clínica.

De acordo com Rollnick e Miller, EM é um estilo de aconselhamento directo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando os clientes a explorar e resolver a sua ambivalência². Desta forma, a motivação deve ser entendida como a capacidade de uma pessoa se envolver e aderir a uma estratégia específica de mudança. A motivação não deve, assim, ser vista como um traço de personalidade ou um aspecto estático do carácter de um indivíduo, mas antes como um estado de prontidão ou vontade de mudança, que pode flutuar de um momento para o outro.

A EM baseia-se em dois conceitos: a **ambivalência**, que significa, neste contexto, a experiência de um conflito psicológico para decidir entre continuar e parar de fumar, e a **prontidão para a mudança**, baseada no modelo de «Estádios de Mudança» desenvolvido por Prochaska e DiClemente, onde se acredita que a mudança se faz através de um processo e, para tal, o indivíduo dependente passa por diferentes estádios com características próprias.

Filho (2004) salienta que a motivação necessária para começar a questionar um comportamento é diferente da requerida para alcançar a mudança e também é diferente da motivação exigida para manter uma mudança alcançada, ou seja, embora em configurações diferentes, a motivação premeia todo o processo de mudança, sendo necessária do começo ao final das etapas percorridas³.

DESCRIÇÃO FUNCIONAL E INTERVENÇÃO MOTIVACIONAL POR ETAPAS DE MUDANÇA NA CONSULTA

No contacto com o secretariado, antes da primeira consulta, é entregue ao indivíduo fumador uma folha para auto-preenchimento (duração prevista 10 a 15 minutos) com os seguintes itens: dados pessoais; história tabágica; hábitos alimentares e alcoólicos; outras dependências; avaliação da dependência psicológica e comportamental e avaliação da motivação com aplicação do teste de Richmond⁴. Esta informação é fornecida à enfermeira na primeira consulta, logo de seguida.

O sucesso do programa de cessação tabágica depende do balanço entre a motivação do fumador para parar e o grau de dependência de nicotina. Realça-se, por isso, das tarefas descritas do Quadro I⁵ (duração prevista 60 min), da responsabilidade da enfermeira, a importância da avaliação da dependência física através do teste de Fagerstrom⁶, que possui valor prognóstico no pro-

QUADRO I

TAREFAS A EXECUTAR NA PRIMEIRA CONSULTA DIRECTA

- Acolhimento
- Rever em conjunto com o paciente a informação auto-preenchida
- Avaliar as razões que levam ao tabagismo e aquelas que motivam o abandono
- Avaliar da dependência física (aplicação do questionário de Fagerstrom)
- Avaliar os dados antropométricos, a PA e dosear o monóxido de carbono (CO)
- Avaliar o estágio de prontidão para a mudança (estádios de mudança de Prochaska)
- Avaliar os apoios sociais e familiares
- Ensino relativo aos malefícios do tabaco e benefícios da cessação tabágica
- Fornecer folhetos informativos e exprimir directamente vontade de ajudar

cesso de cessação tabágica, e a avaliação da motivação (teste de Richmond), como aspectos de avaliação inicial decisivos, porque a abordagem terapêutica utilizada não tem eficácia nos fumadores não motivados.

Por outro lado, a avaliação da dependência é particularmente importante nos fumadores que querem parar de fumar, uma vez que também influencia o tipo de intervenção. É necessário ter em consideração que a motivação e a dependência estão interligadas: os fumadores com dependência forte poderão revelar uma reduzida motivação, devido à baixa auto-confiança na capacidade para parar de fumar, enquanto os fumadores «ligeiros» poderão mostrar também baixa motivação para parar porque acreditam que o conseguirão fazer no futuro, se assim o desejarem¹.

Outro aspecto essencial no primeiro contacto presencial é conhecer qual o posicionamento do indivíduo fumador no Modelo Transteórico de Mudança: estágio de pré-contemplação, contemplação, preparação, acção, manutenção ou recaída. Esta avaliação ajuda o profissional de saúde a programar o processo de cessação tabágica, no sentido de modificar o comportamento que vem prejudicando a vida da pessoa e fazer uso de uma intervenção motivacional com suporte comportamental adequado para a mudança de estágio.

ESTÁDIO DE PRÉ-CONTEMPLAÇÃO E CONTEMPLAÇÃO

A entrada para o processo de mudança é o estágio de pré-contemplação, onde o indivíduo ainda não considera a mudança. De um modo geral, nesta fase o fumador não encara o seu comportamento como um problema. Quando tem alguma consciência sobre a sua dependência, o fumador entra no estágio seguinte: a contemplação. De acordo com

Prochaska e DiClemente, a capacidade da pessoa entender a sua ambivalência é o sinal de passagem para o estágio de contemplação, onde o indivíduo está mais consciente do conflito e até com maior ambivalência⁷.

O contemplador considera a mudança ao mesmo tempo que a rejeita, e é nesta fase que a ambivalência, estando na sua expressão máxima, deve ser trabalhada para possibilitar uma mudança de atitude em direcção à decisão de mudar. Para isso, é crucial entender como a ambivalência actua naquele indivíduo em particular, ou seja, quais são as partes do conflito, sem pressupô-las antecipadamente. É importante também definir as motivações e as expectativas quanto à mudança, ouvindo atentamente o que o paciente tem para dizer, com a ajuda de algumas frases que provocam «falas de mudança».

Nesta fase inicial, onde se promove a motivação para mudar, deve-se ter particular atenção às seguintes técnicas de entrevista²:

1. Fazer perguntas abertas: é importante que se estabeleça uma atmosfera de aceitação e confiança, para permitir ao indivíduo explorar os seus problemas.
2. Dar respostas reflexivas: consiste em devolver ao indivíduo, como um espelho, aquilo que disse, facilitando as expressões verbais de mudança e diminuindo a resistência.
3. Reassegurar: apoiar o indivíduo durante o processo de tratamento. Pode ser feito através do reconhecimento pela evolução conseguida, com comentários de apreciação e empatia.
4. Sintetizar: os resumos esporádicos para além de ligarem várias ideias abordadas em momentos diferentes, dão um sinal ao indivíduo que o profissional de saúde está a fazer uma escuta activa.
5. Estimular afirmações de auto-motivação: é importante que o profissional de saúde facilite a elaboração de

afirmações de auto-motivação: (ex: «eu tenho de fazer algo para deixar de fumar» ou «estou realmente preocupado com o tabagismo»).

Questões que provocam «falas de mudança» no estágio de contemplação:

A gestão de um programa de cessação tabágica vai depender essencialmente do grau de prontidão, da importância atribuída em mudar e da confiança que o fumador possui. É a integração destes três aspectos que proporciona a concretização do processo de mudança⁸.

Para avaliar a **intenção de mudança**, pode-se perguntar: «Quão importante é para si deixar de fumar?» utilizando o auxílio de uma escala analógica (pedindo ao fumador para quantificar o grau de importância que atribui à cessação tabágica, numa escala de 0 – «sem nenhuma importância» – a 10 – «máxima importância») e encorajar de seguida a pessoa a descrever em que medida é que o abandono do tabagismo poderia ser mais relevante, procurando ser tão específico quanto possível, com ajuda da pergunta: «O que seria preciso para dar mais importância?».

Para estimar a **capacidade de mudança**, pode-se questionar o fumador: «Como avalia a confiança para ser capaz de mudar?», aplicando também uma escala analógica (pedindo agora para avaliar o grau de capacidade de mudança que atribui ao processo de cessação tabágica, numa escala de 0 – «sem nenhuma capacidade» – a 10 – «total capacidade»), seguida da questão: «Porque não fez uma avaliação inferior?», explorando desta forma as razões de confiança que o fumador já possui. Para gerar expressão verbal de mudança e diminuir a resistência, o técnico pode ainda perguntar: «O que seria necessário para ter uma maior confiança em ser capaz de mudar?», e desta forma procurar, na perspectiva do fumador, o que lhe falta para estar mais confiante.

Outras questões que provocam «falas de mudança» e que podem ser utilizadas nesta fase, para facilitar a expressão verbal de mudança:

«Há alguma coisa que o preocupa sobre o consumo de tabaco?»

«Notou algumas diferenças na sua saúde que o preocupam?»

Após a clarificação e ampliação da experiência pessoal do fumador no sentido de se convencer a si próprio sobre a mudança necessária, o profissional de saúde, mantendo uma escuta reflexiva, pode concluir a entrevista com as seguintes perguntas:

«Acha que o que se disse pode ser útil para si no futuro?»

«Há mais alguma informação que gostaria de ter?»

Se ocorrer uma segunda consulta nesta fase de mudança, propõe-se que esse encontro deve ser realizado pelo médico (duração prevista 30 min), tendo em atenção as tarefas descritas no Quadro II⁵. Neste encontro clínico, para além da colheita da história clínica relevante para o processo de cessação ta-

QUADRO II

TAREFAS A EXECUTAR NA SEGUNDA CONSULTA DIRECTA

- Colheita da história clínica: problemas de saúde, terapêutica e factores de risco, resistências e recompensas
- Discutir os resultados das avaliações realizadas na 1ª consulta
- Reavaliar o posicionamento do indivíduo no Modelo Transteórico de Mudança
- Ajudar a avaliar riscos e recompensas potenciais da suspensão do tabaco
- Fornecer informação básica acerca do processo de desabitação tabágica
- Identificar acontecimentos, estados de espírito ou actividades que aumentam o risco de fumar ou recair
- Identificar e treinar aptidões de resolução de problemas.
- Apresentar a abordagem terapêutica (no estágio de preparação)

bágica, o profissional de saúde deverá conhecer as razões que levam o fumador a estar resistente à mudança. Podem ser variadas: falta de informação sobre os efeitos nocivos do tabaco, desconhecimento dos benefícios em parar, medos e crenças sobre a cessação, desmoralização após dificuldades em tentativas anteriores e baixa auto-estima.

Realça-se os principais tópicos do suporte intra-tratamento⁹ que devem ser considerados nesta consulta directa:

1. Avaliar os **riscos** (agudos: gravidez, impotência, dispneia; e a longo prazo: doenças cardiovasculares, neoplasias); **resistências** (medo de falhar? aumento de peso? falta de apoio?) e **recompensas** potenciais da suspensão do tabaco (melhor paladar / olfacto mais apurado / diminuição de gastos / melhor saúde / dar exemplo aos filhos).
2. Fornecer **informação básica** acerca do processo de cessação tabágica: (1) salientar que qualquer contacto com o tabaco (mesmo uma simples inalação), aumenta a probabilidade de recaída; (2) a abstinência atinge a máxima intensidade uma a três semanas após o abandono, (3) mencionar os sintomas de abstinência mais comuns: humor negativo; desejos de fumar e dificuldade de concentração.
3. Identificar os **acontecimentos, estados de espírito ou actividades que aumentam o risco de fumar ou recair**: (1) afecto negativo; (2) estar perto de outros fumadores; (3) ingerir álcool; (4) sentir desejos de fumar; (5) *stress* relacionado com a pressão do tempo.
4. Identificar e treinar com o indivíduo **aptidões de resolução de problemas**: (1) aprender a prever e evitar a tentação; (2) aprender estratégias cognitivas para evitar os humores negativos e para combater os desejos de fumar; (3) introduzir alterações do estilo de vida de forma a diminuir o *stress* e/ou que produzem prazer.
5. Apresentar a **abordagem terapêutica**, se o fumador estiver já em fase de preparação. Neste estágio, o profissional de saúde deve: (1) encorajar o uso da farmacoterapia; (2) explicar ao doente de que modo estes fármacos aumentam a taxa de sucesso de abandono do hábito de fumar.

Bupropion – actua a nível dos neurotransmissores, reduzindo o desejo de fumar e os sintomas de privação e limita o aumento ponderal. Podem surgir, no início do tratamento, alguns efeitos secundários, como a insónia, boca seca, cefaleias, tonturas e tremores. Contra-indicações absolutas: epilepsia, risco de convulsões, traumatismo craniano, anorexia e bulimia, doença bipolar, indivíduos com idade inferior a 18 anos e gravidez.

Terapia de Substituição da Nicotina – tem a função de atenuar a síndrome de privação da nicotina, diminuindo ao mesmo tempo a compulsão do fumador em relação ao tabaco. Contra-indicações absolutas: doença coronária, arritmias graves, HTA grave e doença arterial periférica grave. Pastilhas e gomas – limitação nos pacientes com prótese dentária.

No final desta consulta deverá ser avaliada com o paciente a necessidade de um novo encontro clínico com o médico antes do início do abandono do tabagismo. Se esta necessidade não for colocada, deverá ser determinado o dia de cessação tabágica (Dia D) ou o acordo com o indivíduo da comunicação posterior dessa data.

Ainda segundo Prochaska e DiClemente, uma vez a ambivalência trabalhada, entendida e ultrapassada, o indivíduo passa para o estágio de preparação, onde o fumador está decidido e comprometido a mudar. Este é o momento de alterar a estratégia, no sentido de reforçar o compromisso com a mudança. Nesta fase, a pessoa já está pronta para mudar e o principal objectivo é auxiliar o fumador a confirmar e

justificar a decisão de mudança já efectuada. Seguem-se algumas dicas² que permitem ao técnico de saúde reconhecer que a pessoa está a passar para o estágio de preparação:

- Diminuição da resistência
- Diminuem as questões da pessoa sobre o seu problema
- O indivíduo está mais calmo, parece ter resolvido algo
- O fumador já faz afirmações de auto-motivação
- O indivíduo começa a falar de como seria se ele mudasse

ESTÁDIO DE PREPARAÇÃO

Nesta fase, o fumador encontra-se entre a contemplação e a acção, e está nos seus planos parar de fumar no próximo mês. Isto não significa que a ambiguidade do indivíduo esteja completamente resolvida. Se o fumador já fez outras tentativas, utiliza as experiências passadas e toda a aprendizagem que retirou das mesmas e começa a desenvolver um plano de acção.

Questões que provocam «falas de mudança» no estágio de preparação e que encorajam a pessoa a tomar a decisão de mudar:

Que planos já fez para deixar de fumar? Diga-me que tipo de apoios gostaria de ter quando deixar de fumar?

Como se sente agora que começou a reduzir os consumos (se se aplicar)?

Após a facilitação de expressões de mudança, pode-se estimular a elaboração de afirmações de auto-motivação: Acha que o que se disse pode ser útil para si no futuro?

O que falta fazer para deixar de fumar?

Atingida esta fase, a maior parte do trabalho da EM está realizado. O médico deve fazer um resumo do que se passou até então, com o objectivo de listar o maior número de razões para o seu o paciente deixar de fumar, ao mesmo

tempo que verifica se subsiste alguma ambivalência ou relutância, possível de ser resolvida. Um aspecto importante é desenhar um plano negociado com a pessoa, respeitando sempre os seus tempos, com objectivos concretos, colocando mesmo no papel o plano em si, com datas, terapêutica prescrita, resultados esperados, dificuldades possíveis, e como e quem procurar em caso de necessidade. Neste momento, o indivíduo está notoriamente no estágio de acção, que começa simbolicamente no dia que determinou para o início do Dia D.

ESTÁDIO DE ACÇÃO

Neste dia, propõe-se o contacto telefónico (duração prevista de 5 min), por parte do médico ou da enfermeira, tendo em atenção as tarefas descritas no Quadro III, dada a grande tendência para a recaída, especialmente nos primeiros dias após o Dia D. Os profissionais de saúde devem promover a prevenção da recaída com visitas e/ou telefonemas pró-activos precoces, felicitando, revendo os benefícios da cessação e ajudando a resolver eventuais problemas residuais.

Ao 8º e 15º dia após o abandono do comportamento aditivo, propõe-se novo contacto por telefone com o ex-fumador (duração prevista 5 min), tendo em atenção as tarefas enumeradas no qua-

QUADRO III

TAREFAS A EXECUTAR NO PRIMEIRO CONTACTO TELEFÓNICO (DIA D)

- Avaliar se se confirma a data de cessação tabágica
- Congratular a decisão de iniciação do processo de desabitação tabágica
- Incentivar a prossecução do compromisso assumido
- Rever sucintamente o esquema farmacológico
- Encorajar o contacto com a equipa em caso de dúvidas/problemas surgidos.

dro IV, e registando na ficha clínica do paciente todos os dados relevantes obtidos desse contacto indirecto. A utilização deste tipo de intervenção pró-activa é recomendada, não só pela capacidade potencial de chegar a um grande número de fumadores, como também pelo efeito provocado: reduz significativamente a probabilidade de recaída¹.

QUADRO IV

TAREFAS PARA O SEGUNDO E TERCEIRO CONTACTO TELEFÓNICO (8º E 15º DIA APÓS O DIA D)

- Congratular o sucesso (se abstinência mantida)
- Avaliar os sintomas de privação e eventuais efeitos secundários da terapêutica efectuada
- Avaliar as dificuldades
- Encorajar a prossecução do compromisso assumido
- Reforçar a disponibilidade do contacto da equipa em caso de dúvidas/problemas surgidos
- Relembrar o dia da terceira consulta presencial e realçar a sua importância

É no estágio de acção que o ex-fumador se envolve objectivamente na alteração de comportamento, onde o indivíduo concretiza as mudanças projectadas e coloca em acção o plano delineado no estágio anterior. Esta fase do processo pode durar até seis meses. Propõe-se novo encontro clínico directo com o médico (duração prevista 30 min), cerca de um mês após a data de cessação tabágica. Este será um momento para reavaliar todo o processo (como sugerido no Quadro V) e uma oportunidade de ouro para prevenir a recaída: felicitando, revendo os benefícios da cessação e ajudando a resolver eventuais problemas surgidos. Seguem-se os principais tópicos que devem ser considerados, nesta fase do processo, com o respectivo aconselhamento prático⁹.

1. Avaliar os **sintomas de privação**: (1) se ocorrerem sintomas de abstinência fortes e prolongados, deve-se pro-

longar o uso da farmacoterapia ou adicionar outro fármaco; (2) reassegurar que o «sentimento de perda» é comum e recomendar actividades recompensadoras.

2. Avaliar eventuais **efeitos secundários** da terapêutica efectuada.
3. Reavaliar os apoios sociais e familiares (ajudar o paciente a identificar pessoas capazes de o apoiar).
4. Discutir as **dificuldades**. Vale a pena discutir as principais causas de recaída: (1) aumento de peso; (2) ansiedade; (3) síndrome de abstinência, principalmente entre a primeira e terceira semanas, altura em que a abstinência atinge a máxima intensidade.
5. Ajudar a reavaliar **resistências** (sintomas de abstinência? medo de falhar? aumento de peso? falta de apoio?) e **recompensas** actualizadas da suspensão do tabaco (alimentos sabem melhor? olfacto mais apurado? diminuição de gastos? melhor saúde? dá exemplo aos filhos?).
6. Ajustar a terapêutica e rever o processo de cessação tabágica.

No final desta consulta deverá ser avaliada com o paciente a necessidade de um novo encontro com o médico para prevenção da recaída. Se esta necessidade for sentida, deverá resultar

QUADRO V

TAREFAS A EXECUTAR NA TERCEIRA CONSULTA DIRECTA (1ºM APÓS DIA D)

- Congratular o sucesso do processo
- Avaliar os sintomas de privação
- Avaliar eventuais efeitos secundários da terapêutica efectuada
- Reavaliar os apoios sociais e familiares
- Discutir as dificuldades.
- Ajudar a reavaliar resistências
- Dosear do monóxido de carbono
- Ajustar a terapêutica e rever o processo de desabitação

uma marcação de consulta logo que seja oportuno.

Sugestão de questões a colocar:

Como se sente?

Notou algumas mudanças na sua saúde desde que abandonou o tabaco?

Fale-me de algum momento particularmente difícil?

Acha que há mais alguma informação que seria útil nesta fase?

ESTÁDIO DE MANUTENÇÃO

O grande teste para se comprovar a efectividade da mudança seria a estabilidade neste novo estágio que, no processo de mudança, se chama «manutenção». Esta fase que se inicia seis meses após o dia da cessação tabágica e que se mantém para toda a vida merece particular atenção, porque muitas vezes é durante este tempo que o ex-fumador e os que o rodeiam diminuem as suas preocupações e a pessoa fica mais vulnerável à recaída. Sugere-se dois contactos telefónicos (duração prevista de 5 min), ao sexto mês e ao fim de um ano após o Dia D, com as tarefas a executar descritas no Quadro VI.

Sugestão de questões a colocar:

Como se sente?

Notou algum momento particularmente difícil?

Acha que há mais alguma informação que seria útil nesta fase?

A migração de uma etapa de mudan-

ça para outra pode ocorrer de forma natural, ao longo da própria vida, sem que seja necessário uma intervenção terapêutica, e é mesmo comum que uma pessoa flutue entre os vários estádios antes de efectivamente conseguir deixar de fumar. Estudos revelam que o fumador experimenta em média quatro tentativas antes de deixar definitivamente o tabagismo. A recaída deve, por isso, ser encarada como um estágio de transição, que faz parte do processo de mudança e que, muitas vezes, até é importante para que a pessoa possa aprender com a experiência e recomençar de forma mais consciente⁸.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pestana E. Tabagismo. Do Diagnóstico ao Tratamento. Lisboa: Lidel; 2006.
2. Iller W, Rollnick. Entrevista Motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001.
3. Ferreira-Borges C, Filho H. Usos, abusos e dependências. Aconselhamento. Lisboa: Climepsi editores; 2004.
4. Richmond RI, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993 Aug; 88 (8): 1127-35.
5. Rebelo L. Consulta de cessação tabágica - uma proposta para a Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* 2004 Jan-Fev; 20 (1): 87-98.
6. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991 Sep; 86 (9): 1119-27.
7. Prochaska JO, DiClementi CC. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychoter Theory Res Pract* 1982; 19: 276-88.
8. Ferreira-Borges C, Filho H. Usos, abusos e dependências. Tabagismo. Lisboa: Climepsi editores; 2004.
9. Soares I, Vaz Carneiro A. Norma de orientação clínica prática para tratamento do uso de dependência do tabaco. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde; 2002.

QUADRO VI

TAREFAS A EXECUTAR NO QUARTO E QUINTO CONTACTO TELEFÓNICO (6º E 12º MÊS APÓS DIA D)

- Congratular o sucesso
- Avaliar as dificuldades
- Encorajar a prossecução do compromisso assumido
- Reforçar a disponibilidade do contacto da equipa em caso de dúvidas/problemas surgidos

Endereço para correspondência

Mário Santos
Rua Sam Levy. Quinta de Santo António.
Edifício B, R/C Dto. 1400-391 Lisboa
E-mail: marioasantos@sapo.pt