

**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
PSICOLOGIA E SAÚDE**

LAURA LEMOS CURY

**HABILIDADES SOCIAIS E GRAU DE DEPENDÊNCIA EM
PACIENTES TABAGISTAS INTERNADOS PELA CIRURGIA
VASCULAR EM HOSPITAL TERCIÁRIO**

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP

2018

LAURA LEMOS CURY

**HABILIDADES SOCIAIS E GRAU DE DEPENDÊNCIA EM
PACIENTES TABAGISTAS INTERNADOS PELA CIRURGIA
VASCULAR EM HOSPITAL TERCIÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP

2018

Cury, Laura. L.

Habilidades Sociais e Grau de Dependência em Pacientes Tabagistas Internados pela Cirurgia Vascul ar em Hospital Terciário/ Laura Lemos Cury - - São José do Rio Preto-SP, 2018.

xiv, 42fls.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.
Área de Concentração: Psicologia e Saúde.

Social Skills and Degree of dependence in smokers Hospitalized by the Vascular Surgery team in a Tertiary Hospital.

Orientador: Prof Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho

1.Habilidades Sociais; 2.Grau de dependência; 3.Tabagismo; 4.Dependência Química.

LAURA LEMOS CURY

**HABILIDADES SOCIAIS E GRAU DE DEPENDÊNCIA EM
PACIENTES TABAGISTAS INTERNADOS PELA CIRURGIA
VASCULAR EM HOSPITAL TERCIÁRIO.**

**BANCA EXAMINADORA
DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE**

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho.

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

1ª Examinadora: Profa. Dra. Helenice Bianchi Bolini.

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

2ª Examinadora: Profa. Dra. Leda Maria Branco.

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

São José do Rio Preto, 14/03/2018.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos	v
Lista de Anexos	vii
Lista de Apêndices.....	viii
Lista de Tabelas	ix
Lista de Figuras	x
Resumo	xi
Abstract.....	xiii
Introdução.....	1
Objetivos.....	9
Método.....	10
Participantes.....	10
Materiais	11
Procedimento	11
Análise dos dados	12
Aspectos Éticos	13
Resultados e Discussão.....	14
Conclusões.....	27
Referências	29

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pilares de toda a minha formação pessoal e profissional, meus pais Francisco e Silvia, que nunca mediram esforços, reforços e suporte para que eu conseguisse alcançar mais um degrau de minha formação acadêmica.

Ao meu irmão, Fabio que inúmeras vezes discutiu e dividiu comigo a importância de um programa de mestrado enquanto quase ao mesmo tempo nos dedicávamos às nossas pesquisas.

À minha filha Luiza que é sempre fonte de inspiração para que eu continue buscando crescer e melhorar como pessoa e profissional e que teve que compreender meus momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre, por tudo.

À minha família, meu alicerce e exemplo. Em especial, aos meus pais, Francisco e Silvia, pelo estímulo e amor de sempre. Ao meu irmão, Fabio e minha filha Luiza, pelo apoio, carinho e compreensão.

Ao meu orientador Dr. Gerardo, pela oportunidade, dedicação, entusiasmo, paciência e atenção, durante esses anos de aprendizagem. Agradeço por dedicar seu tempo, estando ao meu lado e acreditando em meu trabalho, gratidão eterna!

À Profa. Dra. Leda Maria Branco pelos ensinamentos e contribuições para meu amadurecimento pessoal e profissional.

À Profa. Dra. Patrícia Fucuta pela força e dedicação, pessoa doce e inteligentíssima.

À Profa. Dra. Maria Jaqueline Coelho Pinto pela motivação e contribuições em etapas essenciais da pesquisa.

Às Profas. Dras. Cristina Miyazaki e Neide Domingos Micelli, por fazerem sempre parte da minha formação profissional desde o aprimoramento e me incentivarem sempre a continuar na área acadêmica.

Ao serviço de Cirurgia Vascular FUNFARME/FAMERP que possibilitou a coleta de dados e há anos vem me ensinando a ser uma profissional melhor.

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Psicologia e Saúde, que tive oportunidade de conviver e aprender.

Ao Serviço de Psicologia da Funfarme e todos os meus colegas de trabalho que me permitiram ausências em momentos pontuais para que esse trabalho fosse concluído.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, pela eficiência e estrutura. Em especial, Esmeralda e Nilmara, pela disposição, pessoas maravilhosas.

À todos os meus colegas de classe da Pós Graduação, pela amizade e companheirismo.

Aos participantes envolvidos nessa pesquisa, pelas contribuições especiais e imprescindíveis. A todos que de alguma forma contribuíram para realização deste sonho, meu muito obrigada!

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Teste de Dependencia de Nicotina de Fagerström	35
Anexo 2: Inventario de Habilidades Sociais	36

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1: Questionário Sociodemográfico.....	38
Apêndice 2: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	39
Apêndice 3: Parecer Comitê de Ética em Pesquisa.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Gênero e Médias.....	19
Tabela 2 - Dados Sócio – demográficos.....	20
Tabela 3 - Inventário de Habilidades Sociais	25

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Tentativa de Cessação.....	15
Figura 2: Familiares fumantes <i>versus</i> Idade de Início.....	16
Figura 3: Teste Fagerström por gênero.....	21
Figura 4 - Teste de Fagerström e número de cigarros fumados por dia.....	22
Figura 5 – Sensação Pessoal de Habilidades Sociais.....	23
Figura 6- Total no Inventário de Habilidades Sociais <i>versus</i> Escore no Fagerström...26	

Cury, L. L. (2018). Habilidades Sociais e Grau de Dependência em Pacientes Tabagistas Internados pela Cirurgia Vascular em Hospital Terciário. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto / SP.

RESUMO

O tabaco é uma das principais causas de morte prematura no mundo e sua dependência é mantida pela nicotina e determinada por processos biológicos, comportamentais, psicológicos e socioculturais. O consumo intensificado torna possível o surgimento dos sintomas de abstinência. Os fatores sociais que contribuíram para a experimentação passam a ser menos motivadores e a dependência passa a ser controlada pela evitação dos sintomas da abstinência. O uso contínuo do cigarro causa alterações na fisiologia cerebral que farão o processo de cessação do mesmo ser contínuo e complexo.

Alguns gatilhos identificados como dificultadores da abstinência referem-se a déficits em habilidades sociais. O termo HS é utilizado para designar capacidades comportamentais aprendidas que envolvem interações sociais. O presente trabalho foi realizado de fevereiro à março de 2017 e avaliou e correlacionou grau de dependência de nicotina e habilidades sociais em sessenta pacientes tabagistas internados pela equipe de cirurgia vascular em um hospital geral do interior do Estado de São Paulo com o intuito de sugerir um grupo terapêutico para que os déficits em habilidades sociais encontrados sejam trabalhados posteriormente. Foi realizada uma pesquisa do tipo descritiva. Os participantes foram abordados e convidados a participar da pesquisa cujos dados obtidos foram analisados quantitativamente. Dos 60 participantes, 23 eram mulheres e 37 eram homens, de idade média de 62,85 anos, com 52,51 anos de uso de cigarro. Apenas 18,33% tentaram parar de fumar e o início do uso foi aos 10,33 anos. Apenas 21,66% dos dependentes não possuíam nenhum familiar também tabagista e 5% referiu que o grupo

de apoio não era fumante. Segundo o teste Fagerström para Nicotina a maioria dos avaliados encontra-se com grau de dependência baixa e média (somando-se os dois valores). Quanto as habilidades sociais os escores totais para ambos os gêneros correlacionam -se com o teste de Fagerström, o que mostra que quanto mais dependente mais habilidoso socialmente, o que pode significar que o usuário do tabaco se sinta habilidoso socialmente sem o ser, beneficiando-se assim, largamente de um treino de habilidades sociais como parte do tratamento de cessação do tabagismo.

Palavras chave: Habilidades Sociais, Tabagismo, Dependência Química

Cury, L. L. (2018). Social Skills and Degree of dependence in smokers Hospitalized by the Vascular Surgery team in a Tertiary Hospital. (Master's Degree Dissertation). College of Medicine of São José do Rio Preto / SP.

ABSTRACT

Tobacco is one of the leading causes of premature death in the world and its dependence is maintained by nicotine and determined by biological, behavioral, psychological and sociocultural processes. Intensified consumption makes abstinence symptoms more probable to appear. The social factors that contributed to the experimentation become less motivating and the dependence happens to be controlled by the avoidance of the symptoms of the abstinence. The continued use of the cigarette causes changes in brain physiology that makes its cessation process something continuous and complex. Some triggers identified as abstinence-hindering refer to deficits in social skills. The term HS is used to designate learned behavioral capacities that involves social interactions.

The present study was conducted from February to March 2017 and evaluated and correlated degree of nicotine dependence and social skills in sixty smokers patients hospitalized by vascular surgery team at a general hospital in the interior of the State of São Paulo, with the purpose of suggesting a therapeutic group where the deficits in social skills found in this study will be able to be work on. A descriptive type of search was performed. Participants were approached and invited to participate in the research whose data were analyzed quantitatively. Of the 60 participants, 23 were women and 37 were men, mean age was 62.85 years, with 52.51 years using cigarette. Only 18.33% tried to stop smoking and the beginning of use for them were at 10.33 years. Only 21.66% of the dependents did not have a smoker's family member, and 5% reported that their support group were non-smoker. According to the Fagerström test for nicotine, the majority of

the evaluated patients have low and medium degree of dependence (adding up the two values). For social skills, the total scores for both genders correlate with the Fagerström test, which shows that the more dependent the more socially skilled, which may mean that the tobacco user feels socially skillful without being, if it is so, largely from a social skills training as part of the smoking cessation treatment.

Keywords: Social Skills, Smoking, Chemical Dependence

INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado a maior causa de morte evitável no mundo – uma pandemia – sendo que a maior concentração de uso ainda se verifica nos países em desenvolvimento. (Pressman & Gigliotti, 2011.).

Conhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência da nicotina, o tabagismo é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no grupo de transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10. A prevalência, especula-se, esteja em torno de dois bilhões de usuários no mundo (OMS, 2014).

O cigarro comprovadamente causa dependência. A substância responsável por este efeito é a nicotina, uma droga estimulante, que atinge o cérebro vinte segundos após o cigarro ser tragado (Pressman & Gigliotti, 2011.). Nos pulmões, a absorção da nicotina é de 90% e deles segue para o coração e distribui-se por todo o corpo, podendo diminuir a vida do fumante em 25% em relação a um não-fumante (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004.).

Dos adolescentes brasileiros de 12 a 17 anos, 18,5% já experimentaram cigarro, como constatou o Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA). Essa dependência expõe jovens tabagistas continuamente a 4.720 substâncias tóxicas, possibilitando o surgimento de 50 doenças diferentes, destacando-se, entre elas, as cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas. O consumo do tabaco é segunda causa de morte no mundo: são aproximadamente 5 milhões de mortes por ano. (OMS,2014.).

Como foi dito acima, uma das consequências do tabagismo são os comprometimentos cardiovasculares e dentre eles a obstrução arterial que pode ocasionar

a amputação de membros inferiores. A amputação – retirada total ou parcial, geralmente cirúrgica, de uma extremidade – é um dos recursos terapêuticos mais antigos da medicina. Estima-se, na literatura, que sua incidência mundial varie de 2,8 a 43,9/10⁵ habitantes/ano, enquanto no Brasil foi observada uma incidência de 13,9/10⁵ habitantes/ano. No total, 80% de todas as amputações de membros inferiores ocorrem em indivíduos adultos. Os principais fatores de risco relacionados são diabetes melito, hipertensão arterial, tabagismo, dislipidemia, idade avançada, insuficiência renal crônica, estados de hipercoagulabilidade e fatores genéticos; daí a razão pela qual o presente estudo ser realizado em enfermaria de cirurgia vascular. (Jesus-Silva, Oliveira, Brianezi, Silva, Krupa e Cardoso, 2017.).

Entre os adultos, segundo os resultados do mais recente levantamento do Ministério da Saúde realizado em 2015, houve redução de 33,8% no número de fumantes nos últimos dez anos. Esta redução na prevalência de fumantes nas últimas décadas tornou o país um caso mundial de sucesso no controle do tabagismo. Apesar disso, ainda de acordo com o Ministério da Saúde, as doenças geradas pelo tabagismo continuam a acarretar, aproximadamente, 200 mil mortes por ano no Brasil. No mundo, informa o Instituto Nacional de Câncer - Inca, são cinco milhões de óbitos anuais e, de acordo com a entidade, os custos para o sistema de saúde são de R\$ 23 bilhões ao ano. (Portal Saude, 2014).

A dependência do tabaco é determinada por processos biológicos, comportamentais, psicológicos e socioculturais. Em relação às substâncias presentes no cigarro, o fumante necessita especificamente da nicotina. Evidências sugerem que fumar é um hábito iniciado na adolescência, não devido aos efeitos psicoativos da nicotina, que inicialmente são desagradáveis, mas devido a uma série de fatores socioculturais: pressão

do grupo, curiosidade em relação aos efeitos, busca de independência, rebeldia e imagem culturalmente associada ao prazer e bem-estar. (Marlatt & Donovan, 2009.).

A nicotina favorece um rápido e pequeno aumento do estado de alerta, melhorando a atenção, a concentração e a memória. Sendo assim, fumar cigarro de tabaco produz um efeito estimulante considerado rápido que, contraposto aos sintomas desagradáveis da ausência da substância no cérebro, pode contribuir para dificuldade de manutenção da abstinência. A sensação de relaxamento e calma descrita pela maioria dos usuários tem sido atribuída à inibição de sintomas desagradáveis da síndrome de abstinência em vários estudos. (Laranjeira, Figlie e Bordin. 2010.).

Além disso, outro fator que também pode estar relacionado ao início e manutenção do uso de uma droga é a expectativa pelos resultados positivos no âmbito físico e psicológico, como a desinibição social, o sentimento de pertencimento ao grupo, a sensação de adequação, de invencibilidade, a alegria, a felicidade... tudo isso mantém uma relação estreita com o uso contínuo de qualquer substância que cause dependência. (Marlatt & Gordon, 1993.).

De 70% dos fumantes que desejam parar de fumar, apenas 5% chegarão a este resultado. Cerca de 40% deles realizam tentativas sérias de controle da dependência, mas 90% destas tentativas são feitas sem tratamento formal. Daqueles que tentam parar de fumar, 33% mantêm-se em abstinência por dois dias, e apenas de 3 a 5% mantêm essa façanha por até um ano (Bordin et al, 2004.). A maioria dos fumantes realiza de três a dez tentativas até conseguir a abstinência definitiva, provavelmente devido ao fato de que mudar temporariamente um comportamento indesejado é mais fácil do que manter essa mudança a longo prazo como estilo de vida. A recaída é um fenômeno natural no ciclo de qualquer dependência (Reichert, Araújo, Gonçalves, Godoy, Chatkin e Sales, 2008,

p.847) e pode ser definida como a retomada do antigo padrão de consumo (Fligie & Melo, 2013.).

Quando o consumo do cigarro ocorre ao longo de 30 anos, por exemplo, o comportamento de fumar terá acontecido mais de um milhão de vezes em um fumante que consuma 20 cigarros (um maço) por dia. Poucos comportamentos são repetidos tantas vezes assim. A enorme frequência com que os cigarros são usados acaba por propiciar que tal uso seja associado a situações corriqueiras do dia a dia. (Gigliotti, Carneiro & Ferreira, 2001.).

À medida que o uso se intensifica e se torna diário, ocorrem modificações na fisiologia cerebral que tornam possíveis o aparecimento de sintomas de abstinência quando houver a falta da substância. Os fatores sociais que contribuíram para o início do uso vão se tornando menos importantes (um fator que comprova isso é o padrão de consumo dos fumantes: somente 5% deles fumam menos de 5 cigarros por dia; os outros 95% fumam mais de 12 cigarros ao longo do dia, em períodos entre 60 e 90 minutos) e a motivação passa a ser controlada pelos sintomas de abstinência, que resultam de adaptações feitas pelo cérebro à interrupção ou redução do uso das substâncias, cujas manifestações clínicas variam conforme a droga ingerida. (Marlatt & Donovan, 2009.).

Parar de fumar é um processo contínuo e complexo, envolvendo fatores individuais, situacionais, fisiológicos e socioculturais. A recaída é maior nos primeiros seis meses, com ou sem o uso de medicamentos, sendo a retomada do uso um evento de longa série de respostas mal adaptadas a estímulos/fatores estressores, externos ou internos. (Reichert, Araujo, Gonçalves, Godoy, Chatkin & Sales, 2008.).

As situações de risco referem-se a determinantes internos (psicológicos) ou externos (ambientais), que colocam em perigo a situação de controle (autoeficácia) do indivíduo. Embora a recaída possa ocorrer em qualquer momento após abstinência inicial

ter se estabelecido, a maioria acontece nos primeiros três a seis meses, sendo que uma ampla gama de variáveis contribui para que ela ocorra; na maioria dos casos, suas verdadeiras causas são determinadas por múltiplos fatores.

Foram definidas sete categorias de precipitantes de recaída que incluem:

1. Estados tanto positivos como negativos de afeto e humor;
2. Dicas ou gatilhos ambientais associados ao uso prévio de substâncias;
3. Habilidades inadequadas de enfrentamento e resolução de problemas;
4. Gatilhos sexuais;
5. Expectativas não realistas e outras “armadilhas mentais” ou distorções cognitivas;
6. Abstinência prolongada;
7. Motivações para usar novamente substâncias que alteram o humor. (Fliglie & Melo, 2013.).

Percebe-se, na experiência com pacientes fumantes, que alguns desses gatilhos referem-se a déficits em Habilidades Sociais. Não há consenso quanto à definição de habilidades sociais (HS), porém o termo HS é comumente utilizado para designar um conjunto de capacidades comportamentais aprendidas e que envolvem interações sociais (Caballo, 1995.; Del Prette & Del Prette, 1999.).

Del Prette e Del Prette (1999) esclarecem que as HS incluem a assertividade (expressão apropriada de sentimentos negativos e defesa dos próprios direitos) e também habilidades de comunicação, de resolução de problemas interpessoais, de cooperação, de desempenhos interpessoais nas atividades profissionais, além de expressão de sentimentos negativos e defesa dos próprios direitos. (Del Prette & Del Prette, 1999.). Fatores relacionados à pressão de outras pessoas para uso de substâncias podem motivar os jovens com baixo repertório de Habilidade Social a experimentar o cigarro. Muitos

indivíduos acabam buscando nas drogas uma forma de se tornarem mais sociáveis e com melhor capacidade de interação com seus pares (Caballo, 2003.).

Em relação a habilidades sociais em pacientes dependentes de substâncias psicoativas, Caballo (2003) enfatiza que a falta delas pode contribuir para que a dependência ocorra principalmente pelo uso instrumental que as drogas aparentam propiciar em contextos sociais. Cita ainda que as evidências empíricas sugerem que não possuir habilidades sociais suficientes pode estar relacionado ao uso de outras drogas além do cigarro e álcool. (Caballo, 2003.).

Nas últimas décadas, a literatura tem mostrado interesse em investigar a relação entre dificuldades no contexto interpessoal e questões relacionadas com substâncias psicoativas lícitas e ilícitas (Rondina, Martins, Manzato, Botelho e Refberg, 2015.). Existem evidências específicas de uma associação entre déficits de habilidades sociais e vários quadros psicopatológicos e, entre eles, transtornos relacionados ao abuso e/ou dependência de drogas (Caballo, 2003.). O pressuposto defendido é o da droga como um recurso de enfrentamento utilizado frente às pressões externas tendo um carácter instrumental. Condições de abuso e/ou dependência de substância também estariam relacionadas, de alguma forma, a falhas no desenvolvimento de habilidades sociais (Caballo, 2003.; Rodrigues, 2008.).

Dessa maneira, as características individuais (como o nível de ansiedade em situações de interação social e /ou falhas na assertividade, recusa contra a pressão para o consumo de substâncias) são fatores que podem contribuir para a iniciação e progressão do consumo em adolescentes e adultos jovens (Rondina, *et al.* 2015.). Portanto é possível que a falta de habilidade sociais constitua um dos fatores de vulnerabilidade especificamente para o comportamento de fumar tabaco (Pinho & Oliva, 2007.). O indivíduo pode fumar, por exemplo, como uma tentativa de gerir sentimentos de

impotência ou falta de habilidades em momentos de interação interpessoal. Diante disso, o tabagismo também seria usado como um recurso para lidar com situações cotidianas. (Rondina, *et al.* 2015.).

Ainda existem poucos estudos sobre a relação entre dependentes do cigarro e habilidades sociais quando comparado aos realizados com outras substâncias psicoativas. Um dos principais tópicos de pesquisa é a relação entre tabagismo e assertividade. (Furtado, Falcone, & Clark, 2003.). Considerada uma das dimensões principais de habilidades sociais, a assertividade deve ser entendida como a capacidade de expressar o que se pensa, acredita e sente de forma direta e clara e em momento apropriado. Assertividade é a capacidade de definir limites, para mantê-los; é um comportamento que permite agir pensando no bem-estar, ao exercer os seus próprios direitos, respeitando os direitos dos outros (Almanza & Pillon, 2004.; Rodrigues, 2008.).

A prática clínica em atendimento com fumantes indica que a falta de habilidades em situações sociais variadas pode ser considerada como um fator desencadeante para o ato de fumar. Não foram encontrados na literatura muitos estudos relacionando aspectos sociais, gerais ou específicos, ao comportamento de fumar, porém um dos primeiros trabalhos que esboçam mais claramente essa relação é o de Shiffman, Read, Maltese, Rapkin e Jarvik (1993). Em pesquisa realizada com 167 fumantes que ingressavam em programas de cessação do tabagismo, apontou-se no sentido da existência de pelo menos dois tipos de situações sociais que funcionavam como fatores desencadeantes do comportamento de fumar: 1) aquelas em que os pacientes recebem sinais do contexto e das pessoas que se predispõem ao fumar; 2) e situações nas quais se usa o cigarro como forma de manejar sentimento de impotência ou falta de destreza para lidar com relações interpessoais, mesmo que não conflituosas. (Shiffman, Read, Maltese, Rapkin, Jarvik, 1993.).

No Brasil, pesquisas envolvendo habilidades sociais em pacientes fumantes ainda são escassas. Um estudo investigou a relação entre habilidades sociais e a condição de ser fumante ou ex-tabagista e embora não tenha sido encontrada diferença significativa entre os grupos, constatou-se que as habilidades sociais eram mais desenvolvidas entre ex-tabagistas do que para fumantes (Pinho & Oliva, 2007.). Portanto, independentemente do que leva a um repertório diminuído de habilidades sociais, o uso do cigarro fica associado a um meio que ajuda o dependente no enfrentamento da rotina e/ou de fortes pressões externas. Os tabagistas frequentemente enfrentam situações sociais mais difíceis fazendo uso da droga, em vez de se comportarem de modo mais assertivo. (Lopes, Peuker, Rech, Gonçalves, Bizarro, 2014.).

Implantar programas de cessação do tabagismo em instituições tanto públicas como privadas constitui um desafio aos profissionais da área da saúde, visto que a abordagem utilizada deve integrar, necessariamente, os aspectos biopsicossociais envolvidos na doença. A dependência da nicotina é considerada uma das mais severas, pois além de ser uma substância psicoativa que provoca alterações na área relacionada à motivação, a exposição diária e em grande quantidade do fumante contribui para o aumento da dependência psicológica e comportamental. Por sua vez, a efetividade dos programas de cessação passa a depender de questões como: a adaptação da intervenção às necessidades e características do público-alvo; estratégias de divulgação para recrutamento dos participantes; eficácia da abordagem e modalidade de tratamento escolhidas; e de métodos acurados de registro do padrão de consumo e da avaliação do tratamento. (Lopes, Peuker, Rech, Gonçalves, Bizarro, 2014.).

Diante disso, este trabalho foi delineado para avaliar e correlacionar habilidades sociais e grau de dependência em pacientes tabagistas internados na enfermaria de cirurgia vascular em um hospital terciário localizado no interior do Estado de São Paulo

que, desde 2013, adotou o ambiente 100% livre da fumaça do tabaco, com a finalidade de compreender em quais aspectos das habilidades sociais os pacientes encontram maior dificuldade, e propor a realização de um grupo com eles para que esses déficits sejam melhor trabalhados.

OBJETIVOS

Geral:

No presente trabalho, avaliaram-se habilidades sociais e grau de dependência de nicotina em pacientes tabagistas internados pela equipe de cirurgia vascular, em um hospital terciário do interior do Estado de São Paulo.

Específico:

Correlacionaram-se os dados obtidos nos inventários de grau de dependência para nicotina e de habilidades sociais a fim de propor a um grupo terapêutico o trabalho com as habilidades sociais em pacientes tabagistas, a fim de que eles diminuam e ou cessem o uso do cigarro.

MÉTODO

Delineamento do Estudo: Trata-se de um estudo transversal com análise quantitativa.

Participantes

Participaram do estudo pacientes tabagistas de ambos os sexos, com idade superior à 18 anos, que estavam internados no período de fevereiro a março de 2017, pela enfermaria da equipe de cirurgia vascular Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Critério de Inclusão:

Sessenta pacientes fumantes ativos internados no período de fevereiro a março de 2017 na enfermaria de Cirurgia Vascular no Hospital de Base de São José do Rio Preto - SP, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos que não apresentaram transtorno psicológico/psiquiátrico ou condição médica que os impedissem de responder aos questionários e nem de assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão:

Participantes que apresentaram prejuízo cognitivo ou condição médica que os impossibilitaram de compreender as questões propostas e/ou que não concordaram em participar do estudo.

Materiais:

Para atender aos objetivos propostos, os seguintes instrumentos foram utilizados:

1. Termo de Consentimento livre e esclarecido; (Apêndice 1)
2. Ficha de identificação/ Entrevista sócio demográfica; (Apêndice 2)
3. Teste de Fagerström para Dependência da Nicotina, que avalia o grau de dependência da nicotina (Meneses-Gaya; Zuardi; Loureiro & Crippa, 2009). O teste consiste em 6 questões sobre hábitos dos dependentes de tabaco. Os escores obtidos no teste permitem a classificação da dependência à nicotina em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos); e muito alto (8 a 10 pontos); (Anexo 1)
4. O Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2001) é um instrumento de autorrelato para avaliação de habilidades sociais, analisado e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia que se compõe de 38 itens, cada um descrevendo uma situação de relação interpessoal e uma demanda de habilidade para reagir àquela situação. O respondente deve estimar a frequência com que reage da forma sugerida em cada item, considerando o total de vezes que se encontrou na situação descrita, e estimar a frequência de sua resposta em escala tipo Likert, com cinco pontos, variando de zero (nunca ou raramente) a 4 (sempre ou quase sempre). Em alguns itens há um fraseado “negativo”, ou seja, pontuação mais alta indica déficit de habilidades sociais, devendo-se, neste caso, inverter a pontuação para a obtenção do escore. O IHS-Del-Prette produz um escore geral, referenciado à norma em termos de percentis, e escores em cinco subescalas de habilidades sociais: F1 – Enfrentamento e Autoafirmação com Risco; F2 - Autoafirmação na Expressão de Sentimento Positivo; F3 -

Conversação e Desenvoltura Social; F4 - Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas, e F5 - Autocontrole da Agressividade. (Anexo 2)

Procedimento:

Tratou-se de uma pesquisa do tipo descritiva. Todos pacientes tabagistas internados na enfermaria de cirurgia vascular foram abordados pela psicóloga e convidados a participar da pesquisa. Todos os participantes foram advertidos que receberiam o mesmo tratamento caso não participassem, no entanto, todos os convidados aceitaram participar, preenchem os critérios de inclusão e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Após aceitarem era explicado o que significam habilidades sociais e todo o material era lido pela pesquisadora e respondido pelo participante.

ANÁLISE DOS DADOS:

A análise exploratória dos dados incluiu média, mediana, desvio-padrão e variação para variáveis contínuas e número e proporção para variáveis categóricas.

A ocorrência de tendências e comparação de variáveis foi realizada por meio da determinação do coeficiente de determinação, que é amplamente utilizado para mensurar o grau de correlação entre duas variáveis, cuja definição se obtém elevando o valor do coeficiente de Pearson ao quadrado e denotado por R^2 . Pode ser interpretado como sendo a proporção da variação de Y que é explicada pela variável X (e vice-versa).

O coeficiente de determinação não pode ser testado estatisticamente; contudo a raiz quadrada dele, que é o coeficiente de correlação (r), pode ser testada estatisticamente,

pois está associada a uma estatística de teste que é distribuída segundo uma distribuição t de Student, quando a correlação populacional $\rho = 0$.

Um dos métodos mais usados para a investigação de pares de dados é a utilização de diagramas de dispersão cartesianos. Geometricamente, um diagrama de dispersão é simplesmente uma coleção de pontos num plano cujas duas coordenadas Cartesianas são os valores de cada membro do par de dados.

Este é o melhor método de examinar os dados no que se refere à ocorrência de tendências (lineares ou não), agrupamentos de uma ou mais variáveis, mudanças de espalhamento de uma variável em relação à outra e verificar a ocorrência dos valores discrepantes.

Desse modo, analisou-se o coeficiente de determinação entre as variáveis e, posteriormente, realizou-se o teste estatístico através da extração da raiz quadrada de R^2 para obter-se o coeficiente de correlação das variáveis.

ASPECTOS ÉTICOS:

A pesquisa obedece aos princípios éticos por envolver seres humanos; a coleta de dados da pesquisa foi iniciada após aprovação do comitê de ética em pesquisa.

Todos os envolvidos tiveram livre acesso à pesquisadora, em qualquer momento da pesquisa, a fim de esclarecerem dúvidas ou deixarem de participar do estudo sem qualquer prejuízo para seu tratamento médico e acompanhamento psicológico independentemente deste trabalho científico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 23 pacientes do sexo feminino (38,34% - idade média= 60,69 anos, DP=11,23) e 37 do masculino (61,66% - idade média = 64,18 anos, DP= 13,16), a média de idade foi de 62,85 anos (max.93/min37; DP=12,66).

A literatura endossa que há diferenças relevantes entre a prevalência de homens e mulheres no consumo do cigarro. Freitas et.al, em 2010, afirma que a prevalência entre os homens seja cerca de dez vezes maior do que entre as mulheres. (Freitas, Ribeiro, Oliveira, Rissas, Domingues, 2010, p.280).

Paes, em 2016, em pesquisa realizada com objetivo de diferenciar consumo do tabaco entre homens e mulheres, conclui que enquanto 32,87% dos homens fumam, o percentual para as mulheres é de apenas 14,05%, sendo a proporção de homens que usam cigarros duas vezes maior do que a de mulheres (diferença menor que no trabalho de Freitas,*et.al* apenas seis anos depois) enquanto neste trabalho mais da metade dos fumantes também era homem (Paes, 2016, p.56).

Segundo levantamento realizado no Brasil em 2015, a frequência de fumantes no país é menor antes dos 25 anos de idade ou após os 65 anos. O presente trabalho começa com paciente de 37 anos, confirmando o levantamento de 2015, porém é diferente quando se trata da diminuição do uso da nicotina após os 65 anos de idade, uma vez que neste estudo, há participantes fumantes de até 93 anos de idade. As médias de tempo de uso do cigarro encontradas foram de 50,17 anos para as mulheres (DP=11,37) e de 53,10 anos para os homens (DP=10,60).

Outros dados relevantes sobre o tabaco que esta pesquisa encontrou foram: a média de idade de início do uso é de 10,33 anos (DP=5,79); já a média de cigarros fumados por dia fica na casa de 45 para as mulheres e de 35,48 para os homens. Dos 60 participantes do presente estudo, 11 (18.33%) tentaram parar de fumar. Dentre eles, uma mulher e um homem tentaram recorrendo a ajuda de grupo de apoio multidisciplinar. Os outros nove pacientes que tiveram tentativas de cessação tabágica foram apenas do sexo masculino: quatro com medicação e cinco sozinhos. (Figura 1).

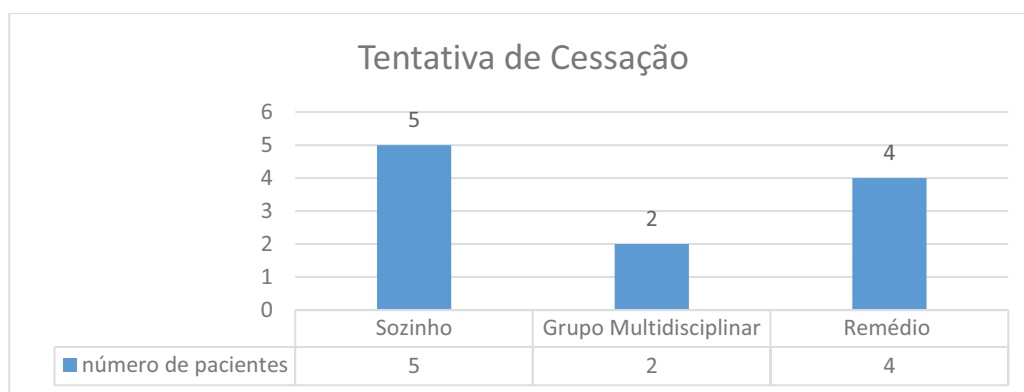


Figura 1 – Tentativa de cessação

A idade de início de uso de 10,33 (DP=5,79) anos é bem inferior à encontrada no último Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, o LENAD (2014) no qual a idade de experimentação para o cigarro foi de 16 anos. Essa diferença (figura 2) de idade de início teve coeficiente de determinação $R^2=0,397$ e coeficiente de correlação positivo $r = 0,630$, com a presença ou não de família fumante na mesma residência (76,66%).

Em pesquisa realizada na Malásia, em 2016, por Mynt e Yee, foram entrevistados 257 adolescentes fumantes, e a idade de início também foi bem prematura: entre cinco e sete anos.

Em livro escrito por uma coletânea de autores e nomeado *The Oxford Handbook of Substance Use and Substance Use Disorders*, Chassin, Haller, Lee, Handley, Bountress

e Beltran, em 2016, assinam um capítulo que trata sobre fatores familiares que poderiam levar ao uso e dependência de substâncias químicas, também se evidenciou que o tabagismo parental prevê tanto o início precoce quanto a persistência do hábito de fumar até a idade adulta. Além disso, se os dois pais – ou quantos forem os adultos tidos como figura central na casa – fumarem, maior o risco de início precoce em comparação com aqueles que possuem apenas um familiar dependente do cigarro.

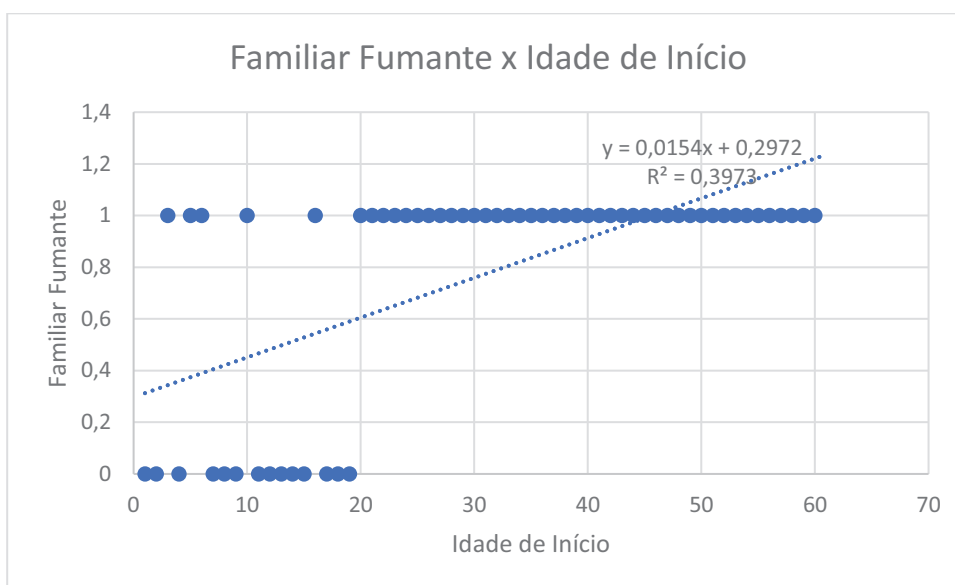


Figura 2 – Familiares Fumantes *versus* Idade de Início do Uso

Com relação ao tratamento e ao fato de poucos pacientes terem procurado ajuda para a cessação, constatou-se que a média do tempo consumindo nicotina entre os entrevistados é de 52,51 anos quando ainda não havia tantas políticas de incentivo à cessação e ainda eram veiculadas livremente propagandas de cigarro. Além disso, a maioria dos pacientes são de área rural o que dificulta o acesso aos tratamentos de saúde. Ademais, deve-se atentar ao baixo número de participantes que procurou ajuda.

Flora, Kabi e Moni (2017), pesquisaram 505 moradores tabagistas do sexo masculino da área rural de Bangladesh e obtiveram resultados semelhantes: 72,5% não tiveram nenhuma tentativa de cessação (no presente estudo foram 81,67%) e apenas 0,7%

dos entrevistados da mesma faixa etária acreditavam na possibilidade de sucesso caso tentassem cessar.

Segundo Pressman e Gigliotti (2011), a maneira mais eficaz de se chegar à cessação seria a associação entre o aconselhamento com grupos multidisciplinares e o uso da medicação.

Sobre a quantidade de cigarros fumados por dia, nesta pesquisa verificou-se que as mulheres fumam, em média, aproximadamente dez cigarros a mais que os homens. A pesquisa de Ribeiro em 2017 sobre grau de risco para desenvolvimento de pé diabético em pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2, que também é causa importante de amputação na enfermaria de cirurgia vascular do Hospital de Base, houve também uma prevalência de número de cigarros fumados pelo sexo feminino, este fato pode ter sido justificado pelo desconhecimento da doença pelos homens e maior procura das mulheres pelos serviços de saúde.

Saw, Paterniti, Fung, Tsho, Chen e Tong (2016) pesquisaram adolescentes¹ na busca por entender os principais fatores que mais poderiam fazer com que eles dependessem do cigarro. No estudo, concluíram que em um lar permissivo, no qual os pais usem o cigarro, as chances são realmente maiores de que o adolescente venha a usar a droga.

Skinner, West, Raw, Anderson e Munafo, em 2017, fizeram uma proposta arrojada de juntar o que se tem de tratamento de modificação de comportamento com o que se sabe de medicação para o tratamento do tabagismo e montar uma forma global que respeitasse as diferenças culturais de cada país e que se tratasse o tabagismo como o problema que é. Todo programa de cessação deveria ser pensado considerando diferenças

regionais, culturais e mesmo etárias e de gênero de cada população específica para a qual se deseja implantar tal programa. Assim, uma forma de cessar tabaco entre asiáticos poderia ser diferente de outra para americanos, ou mesmo dentro de um país extenso como o Brasil, trabalhar cessação no norte do país, onde a maioria da população ainda vive em área rural e com pouco acesso aos estabelecimentos de saúde, deveria ser algo diferente do trabalho realizado no sudeste onde os recursos para isso são maiores.

Dos participantes desta pesquisa, 95% têm amigos próximos também fumantes, sendo este um dos fatores que alegam para não procurarem tratamento para dependência; e a média de cigarros fumados por eles foi de 39,63%, ou seja, aproximadamente dois maços (40 cigarros) /dia.

Sylvestre, Wellman, O'Loughlin, Dugas e O'Loughlin (2017) pesquisaram diferenças por sexo entre fatores de risco para início e manutenção do vício do tabaco entre jovens de Montreal no Canadá e concluíram sua pesquisa sem nenhum achado diferente e significativo entre os dois sexos, porém com uma certeza: qualquer programa para cessação deve passar por redução ou cessação do consumo do cigarro no meio social que o jovem frequenta.

İçmeli, Türker, Gündoğuş e Çiftci, em 2016, na Turquia, pesquisaram 358 estudantes e o que eles pensavam sobre o uso do cigarro. Concluíram que 30,6% deles enumerou como a causa mais importante para o início e manutenção da dependência o fato de terem amigos fumantes.

Também no ano de 2016, Albuquerque, Blanco, Vallois e Freitas Peregrino, entrevistaram 261 adolescentes e jovens adultos de escolas públicas do Rio de Janeiro e concluíram que dos jovens de 15 a 24 anos fumantes, 95% acreditavam que o grupo social influenciava na decisão de começar e permanecer fumando.

Tabela 1 – Gênero e Médias

Gênero	Média	Feminino	Masculino
		38,34%	61,66%
Média de idade	62,85		
Média de início	10,33		
Média de cigarros dia	39,63		

Quanto às profissões das pessoas envolvidas neste estudo, chegou-se ao seguinte número entre os entrevistados: quatro “do lar” (6,66%); cinco domésticas (8,33%); dois advogados (3,33%). Os outros 49 (81,66%) eram aposentados, o que se justifica pela pesquisa ter se realizado em uma enfermaria de cirurgia vascular em que 54 dos participantes da pesquisa (90%) apresentavam alguma forma de amputação em membro inferior.

Em pesquisa publicada em 2016 com 31 pacientes que sofreram amputações em membros inferiores, Sabino, Torquato e Pardini verificaram grau de ansiedade e depressão após amputação e 77,4% dos deles eram também aposentados.

Quando um paciente vai passar por uma amputação, a ansiedade apresenta-se em graus elevados, uma vez que após o procedimento precisará de um tempo para se readaptar à nova realidade. Mesmo que tenha sido amputado um único dedo, a ferida necessitará de cuidados até a cicatrização que, em pacientes diabéticos e/ou fumantes, pode ser ainda mais lenta, levando muitos pacientes a procurarem afastamento de suas atividades laborais e, em casos mais extremos, à aposentadoria. Em muitos casos, durante período de reajustamento e enquanto ainda necessitam de cuidados e curativos, esses

pacientes apresentam quadros depressivos como uma reação às várias mudanças ocorridas, como: a falta do membro, a necessidade de cuidados especiais e as alterações na estrutura das relações familiares, pois depender de uma outra pessoa, de certa forma, significa perder a autonomia (mesmo que circunstancial).

Na pesquisa de Lemos, de 2016, realizada em Florianópolis (SC), cujo objetivo era investigar adesão de amputados diabéticos a um programa de conscientização da doença, foram 32 entrevistados, todos amputados, dos quais 23, ou seja, a maioria (71,8%), também eram aposentados.

Tabela 2: Dados Sócio demográficos

	Sim	Não
Familiares dependentes	76,66%	21,66%
Amigos dependentes	95%	5%
Amputados	90%	10%
Trabalhando	18,33%	81,66% (aposentados)

Com relação ao Fagerström e ao nível de dependência, nenhum paciente apresentou grau de dependência muito baixo: 20 (12%) pacientes apresentaram grau de dependência baixo; 13 (21,66%) médio; 5 (8,3%) elevado; e 21 (35%) muito elevado, ou seja, a maioria dos pacientes estão entre aqueles com baixo ou muito elevado grau de dependência. Separando por sexo, a média dos homens é de 4,02 e das mulheres de 2,69, o que indica que os homens obtiveram maiores pontuações no teste de Fagerström para nicotina e que são mais dependentes que as mulheres, apesar de consumirem menor número de cigarros. (figura 3)

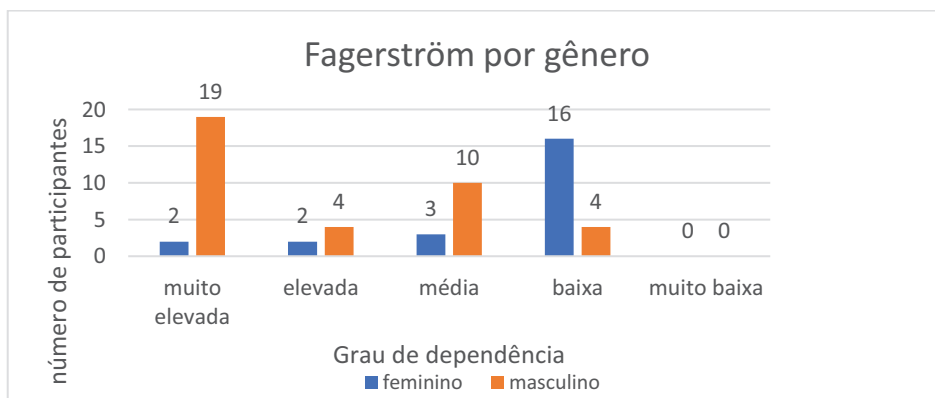


Figura 3: Teste Fagerström por gênero

Saad-Husseinem, Mohammed, Hafez, El-Tahlawy, Shaheen, Helmy e El-Hamshary em 2017 fizeram uma pesquisa com 78 fumantes com idades entre 15 e 77 anos e que frequentavam uma clínica no Egito para cessação do cigarro. 89,7% eram homens, representando também uma maioria, porém, quando aplicado o teste de Fagerström, a maior ocorrência foi de 56,76% na dependência de grau moderado enquanto no presente estudo a maioria apresentava-se com grau muito elevado.

Na presente pesquisa houve correlação positiva entre a quantidade de resultado no teste de Fagerström para Nicotina e o número de cigarros fumados por dia com coeficiente de correlação de $r=0,320$ ($y = -0,2101x + 46,146$ / $R^2 = 0,1025$), ou seja, quanto mais cigarros fumados, maior o grau de dependência do sujeito participante (Figura 4). No entanto, não houve correlação entre a escala de Fagerström para nicotina e o tempo de consumo de cigarro ($y = -0,0244x + 53,273$ / $R^2 = 0,0015$), portanto o tempo, em anos, que o participante fuma nada diz sobre o grau de dependência do sujeito.

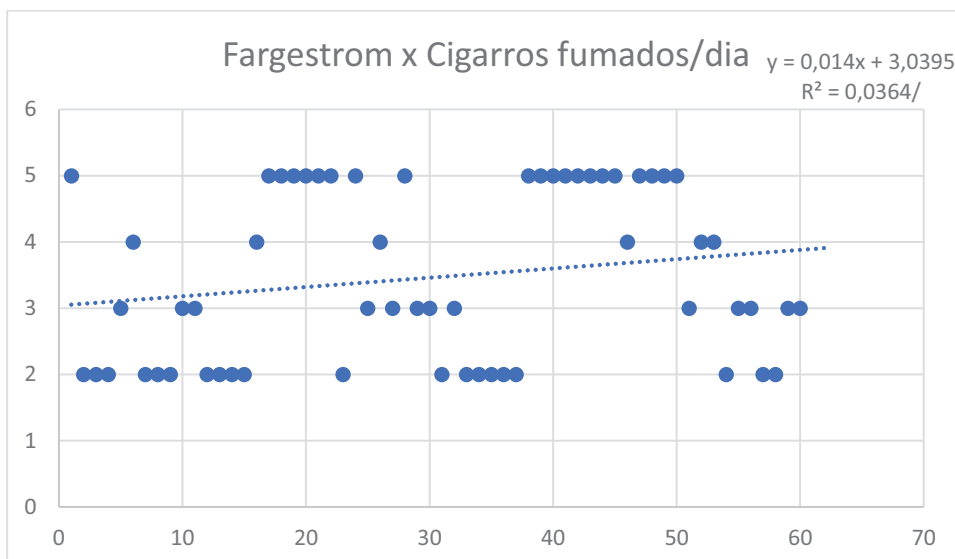


Figura 4 – Teste Fagerström e Número de Cigarros Fumados por dia

Segundo Lopes, Bernardes, Acauan e Felipe, em 2017, no que diz respeito ao uso de tabaco, é raro encontrar usuários ocasionais como acontece bastante no consumo de outras drogas. Em sua maioria, as pessoas inicialmente fumam menos. Conforme o grau de dependência aumenta e os usuários vão ganhando tolerância ao tabaco, gradativamente aumenta sua demanda, portanto é natural que o número de cigarros fumados apresente correlação com o teste de Fagerström para nicotina. Até por definição, segundo Silva em 2011, dependência química exige que haja o aumento gradativo do consumo por consequência da tolerância. Além disso, a quantidade de cigarros fumados é uma das questões presentes na própria escala de Fagerström.

O tempo que o indivíduo fuma pode não ter apresentado correlação com a escala Fagerström, apesar de na literatura aparecer correlacionado, pelo fato de que a expressão fumar traz consigo variações do tipo: tragar ou não. Segundo Pacheco (2016), a nicotina do cigarro é ácida, e por isso pouco absorvida pela mucosa bucal, necessitando ser tragada para que ocorra absorção pelos pulmões, onde é rapidamente absorvida pelos alvéolos pulmonares e atinge o cérebro em cerca de 10 segundos. A sensação após tragar um

cigarro é similar à descrita pelos usuários de anfetamina, heroína, cocaína e crack. A ação central também pode provocar tontura, náuseas e vômitos. Assim, um paciente que fume há muitos anos pode não ser tão dependente porque não traga ou o faz em menor intensidade que um outro que fume a mesma quantidade há menos tempo de forma diferente.

Na entrevista/questionário sociodemográfico, havia uma pergunta específica sobre se cada participante se sentia ou não habilidoso socialmente. Dos 60 participantes, 20 mulheres e 30 homens responderam que “sim”, se sentiam socialmente habilidosos, e apenas 4 mulheres e 6 homens não se consideraram habilidosos socialmente (Figura 5).

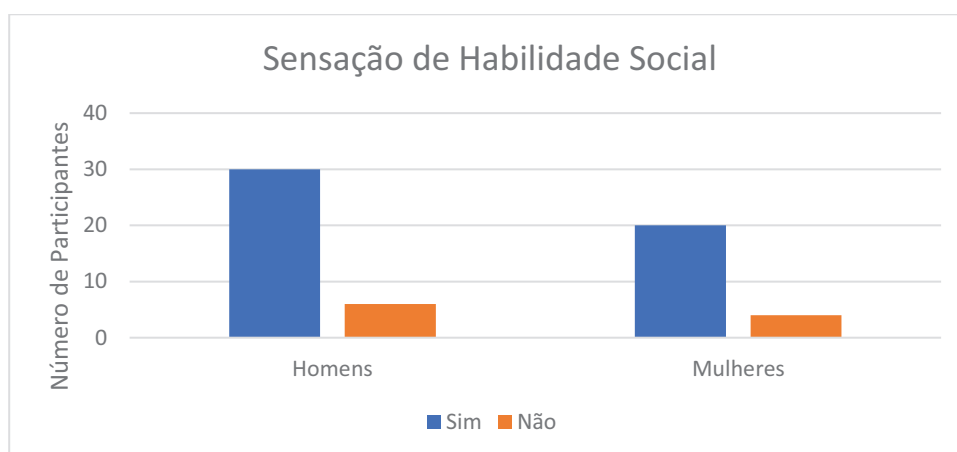


Figura 5 – Sensação Pessoal de Habilidade Social

Com relação ao Inventário de Habilidades Sociais, a média total para os participantes foi de 81, valor considerado abaixo da média pelo próprio inventário: para Enfrentamento e autoafirmação (F1) 8,667; Autoafirmação na expressão de sentimentos positivos (F2) 8,526; Conversação (F3) 5,76; Exposição a desconhecidos (F4) 2,402 e Autocontrole e agressividade (F5) 0,798.

Em estudo comparativo entre características do repertório de habilidades sociais de fumantes e ex-fumantes publicada por Rondina, em 2014, os 97 sujeitos fumantes

apresentaram média total de 98,76; F1: 10,24; F2: 8,76; F3:7,51; F4,3,65; F5:1,26. As diferenças se encontram em F1, F3 e F5, provavelmente pela diferença de idade entre os sujeitos das duas pesquisas. Diante disso, enquanto que na de Rondina os indivíduos eram mais jovens, e estes enfrentam e se autoafirmam mais, são mais agressivos e têm menos autocontrole, no presente estudo os sujeitos são mais velhos e conversam de forma mais adequada e sem tanta necessidade de autoafirmação.

O repertório de habilidades sociais foi classificado em deficitário, médio ou elaborado. De acordo com Del Prette e Del Prette (2001), o repertório é considerado deficitário quando se situa no percentil 25 ou abaixo; repertório médio está situado entre os percentis 25 e 75; a partir do percentil 75, o repertório é considerado elaborado e indica maiores escores em habilidades sociais. O presente estudo apresenta um grande número de participantes considerados com repertório total de deficitário 16,66% ou médio 55%, sendo que 28,33% alcançaram o repertório total considerado elaborado de Habilidades Sociais.

Pinho em 2007, também somando esses percentuais, obteve mais de 80% de repertório médio e elaborado de habilidades sociais entre os fumantes, contra 71,66% no presente estudo. Para ele, o ato de fumar para esse grupo poderia funcionar como hábito para enfrentar situações sociais consideradas difíceis. Por mecanismos associativos simples, os fumantes passariam a se perceber como pessoas mais hábeis socialmente do que realmente seriam. O uso constante do cigarro como estratégia de enfrentamento em situações sociais das mais adversas poderia levá-los a superestimarem suas habilidades sociais.

Tabela 3 - Inventário de Habilidades Sociais

	Score Bruto	DP
IHS Total	81	43,84
F1	8,667	1.824
F2	8,526	1.393
F3	8,526	1,060
F4	2,402	0,862
F5	0,798	0,466

Com relação ao valor total Inventário de Habilidades Sociais e o Teste de Fagerström para Nicotina, quando aplicado o teste de correlação, o índice de correlação é de 0,89, ($y=20,468x+10,045 / R^2=0,8056$). Isso significa que há correlação positiva e quanto mais dependente do cigarro a pessoa for, menos habilidosa socialmente ela é.

Nenhuma referência encontrada utilizou-se do teste de correlação para descrever esses resultados. No entanto, em um estudo de 2008 realizado por Rodrigues, os dois inventários foram utilizados, porém não foram correlacionados e, ao final da pesquisa, ficou claro que apesar do baixo grau de dependência dos participantes, o treino de habilidades sociais seria de extrema importância para um programa de cessação de tabagismo.

As pesquisas têm trazido, em sua maioria, o fato de muitos indivíduos não conseguirem recusar a oferta de cigarro e isso vem associado a um baixo repertório de habilidades sociais e pode ser considerado um fator de risco para o início do uso, e um fator mantenedor para que tabagistas não consigam ficar em abstinência da nicotina.

O estudo teórico e prático das habilidades sociais é importante, pois, em grande parte do tempo, a maioria das pessoas está inserida em situações sociais (Bolsoni-Silva, 2002). Com habilidades e relações sociais satisfatórias, os indivíduos podem prevenir ou reduzir dificuldades psicológicas. Um exemplo, seriam pessoas ansiosas que começam a

fumar por pensarem que o cigarro irá acalmá-las e ajudá-las a se portarem adequadamente em situações sociais.

Caballo (2002) afirma que muitos comportamentos desadaptativos não estão apenas associados a transtornos psiquiátricos, mas também a outros comportamentos disfuncionais, como os problemas sexuais, uso e dependência de drogas. Nesse contexto está a nicotina, a droga que é transportada pelo cigarro.

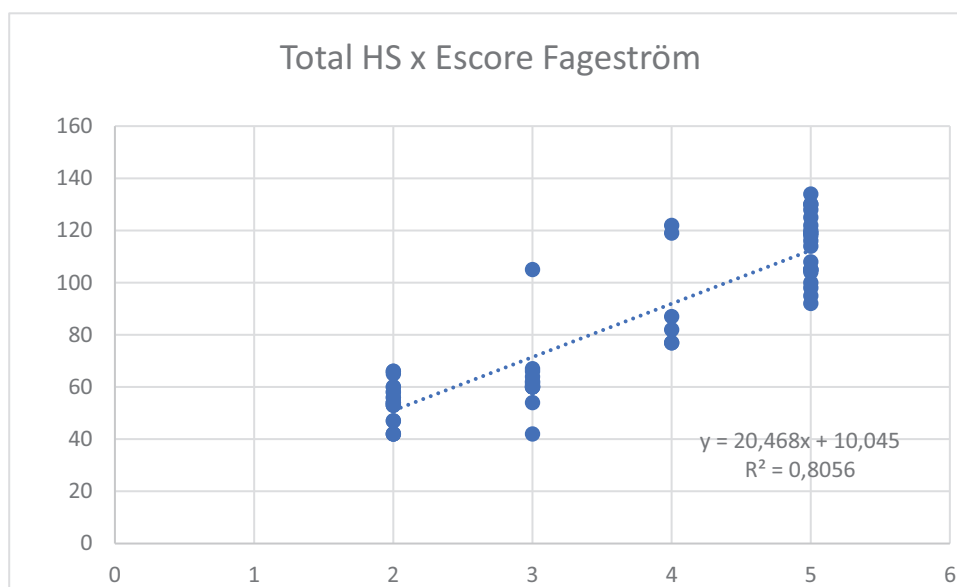


Figura 6 – Total no Inventário de Habilidades Sociais *versus* Escore Fagerström

Houve ainda uma diferença em relação ao gênero para habilidades sociais. A média total para o grupo feminino foi de 77,04 e desvio-padrão de 26,45, enquanto para os homens foi um pouco maior: de 83,45 a média e de 30, para o desvio padrão, confirmando que entre as subclassificações de habilidades sociais não houve diferenças, porém, no quesito Habilidades Sociais total, os homens se saíram melhor que as mulheres apesar de tanto um grupo quanto o outro terem respondido que se sentiam habilidosos socialmente em 83,33% dos casos.

CONCLUSÕES

Participaram da pesquisa 60 pacientes tabagistas internados na enfermaria de cirurgia vascular, dos quais 23 eram mulheres e 37 eram homens. A idade média dos participantes foi de 62,85 anos; o tempo de uso do cigarro de 52,51 anos; apenas 18,33% tentaram parar de fumar e deles somente 18,18% (dois pacientes) procuraram por grupos multidisciplinares, provavelmente por se tratar de população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além disso, a maioria reside em municípios menores ou regiões rurais o que impede ou dificulta o acesso a esse tipo de tratamento.

Tanto os homens quanto as mulheres foram fortemente influenciados para o início precoce (10,33 anos) sendo a família, cujos membros também são dependentes do cigarro, a grande responsável pela apresentação da droga. Diante disso, conclui-se que houve correlação entre a presença da família de um dependente do cigarro e a baixa idade de início do consumo. Apenas 21,66% dos dependentes não possuíam nenhum familiar também tabagista e quando questionados sobre o grupo de apoio, somente 5% dos 60 pacientes não tinham ninguém do grupo de apoio que faziam uso do cigarro, reforçando a importância do exemplo no aprendizado e manutenção de comportamentos nocivos como da dependência química.

Apesar de consumirem em média dois maços por dia, sendo que os homens consomem aproximadamente um e meio (36), enquanto que para as mulheres esse número cai bastante (45), segundo o teste Fagerström para Nicotina a maioria dos avaliados encontra-se com grau de dependência baixa e média (somando-se os dois valores), o que significa que merece ser feito um trabalho para que esse nível de dependência diminua junto com a cessação do tabaco.

Quanto às habilidades sociais, fica claro que existe uma diferença entre os gêneros no escore total, muito possivelmente atribuído ao fato de que as mulheres trabalhavam dentro de casa enquanto os homens desenvolveram mais habilidades por terem trabalhado no mercado formal. Além disso, não houve diferença entre os critérios: F1 – Enfrentamento e Autoafirmação com Risco; F2 - Autoafirmação na Expressão de Sentimento Positivo; F3 - Conversação e Desenvoltura Social; F4 - Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas, e F5 - Autocontrole da Agressividade para o sexo e nem correlação entre eles separadamente e o teste de Fagerström.

O Inventário de Habilidades sociais teve seu escore total para ambos os gêneros correlacionado com o teste de Fagerström, o que mostra que quanto mais dependente mais habilidoso socialmente, o que pode significar que o usuário do tabaco se sinta habilidoso socialmente sem o ser, beneficiando-se, assim, largamente de um treino de habilidades sociais como parte do tratamento de cessação do tabagismo.

A medida que forem aprendendo comportamentos mais habilidosos socialmente, os usuários dependerão menos da droga (nicotina) para obter a sensação de satisfação. A literatura para embasar tal afirmação é extensa se falarmos em habilidades sociais como fator a ser trabalhado em dependentes químicos para se obter a abstinência, porém não foi encontrada literatura que correlacionasse os dois inventários.

Diante disso, fica clara a necessidade de mais estudos que associem os dois inventários conforme se realizou no presente trabalho e sugere-se a formulação de um grupo terapêutico na própria enfermaria de cirurgia vascular que trabalhe com os pacientes durante a internação por meio de comportamentos mais habilidosos socialmente como forma de facilitar a cessação em si e/ou engajamento dos mesmos em grupos ou programas de cessação conforme obtenção da alta médica.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque, J. M., Blanco, A. T. M., Vallois, R. M., & de Freitas Peregrino, A. A. (2016). Os fatores que influenciam o adolescente ao consumo de cigarros e o seu grau de dependência The factors that influence the teenage cigarette consumption and its degree of dependency. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(2), 4518-4525.
2. Almanza, S. C. P., & Pillon, S. C. (2004). Programa para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de tabaco y alcohol em estudantes de educación média. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 12, 324-327
3. Almanza, S. E. E., & Pillon, S. C. (2004). Programa para fortalecer factores protectores que limitam o consumo de tabaco e álcool entre estudantes de educação média. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(spe), 324-332.
4. Azevedo, R.C.S; Higa, C.M.H; Assumpção, I.S.M.A; Frazatto, C.R.G; Fernandes, R.F; Gourlat, W. (2009). *Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos*. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(5): 593-596.
5. Bolsoni-Silva, A. T. (2002) Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação (Curitiba)*, 6(2), 233-242.
6. Bordin, S.; Figlie, N. B. & Laranjeira, R. (2004). Tabaco. Em N. B. Figlie, S. Bordin & R. Laranjeira (Org's.), *Dependência Química*. São Paulo: Editora Roca
7. Caballo, V.E. (1995) Una aportación española a los aspectos moleculares, a la evaluación y al entrenamiento de las habilidades sociales. *Revista Mexicana de Psicología* 12(2); 121-131.
7. Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.

8. Caballo, V. E. (2002) El entrenamiento en habilidades sociales. In V. E. Caballo (Org.) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (pp.403-471) (4ª ed.). Madri: Siglo Veintiuno.
9. Chassin, L. Haller, M. Lee, M.R. Handley, E. Bountress, K. Beltran, I. (2016) Familial Factors Influencing Offspring Substance Use and Dependence. In : *The Oxford Handbook of Substance Use and Substance Use Disorders*. v1. P449-493 versão online
10. da Silva Oliveira, M., da Silva, J. G., & Rodrigues, V. S. (2011). Habilidades sociais em tabagistas: uma revisão de literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia (UFRJ)*. 2003).
11. Del Prette, Z.A. & Del Prette, A. (1999) Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação. Pretopolis: Vozes: 37-45
12. Eriksen M, Mackay J, Ross H. (2012) *The Tobacco Atlas. 4th Edition*. New York: American Cancer Society and World Lung Foundation.
13. Flora, M. S., Kabir, I., & Moni, M. A. (2017). Quitting Attempts in Bangladeshi Male Rural Smokers and Social Correlates. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 42(2), 53-60.
14. Fliglie, N.B.; Melo, D.G. (2013). *Dinâmicas de grupo aplicadas no tratamento da dependência química*. São Paulo: Roca.
15. Freitas, E. R. F. S., Ribeiro, L. R. G., de Oliveira, L. D., Rissas, J. M., & Domingues, V. I. (2010). Fatores associados ao tabagismo em idosos residentes na cidade de Londrina, Brasil. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 13(2), 277-287.
16. Furtado, e. s; Falcone, E. O., & Clark, C. (2003). Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Interação em Psicologia*, 7(2), 43-51.

17. Gigliotti, A.; Carneiro, E. & Ferreira, M. (2001). Tratamento do tabagismo. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 351-371). Porto Alegre: Artmed.
18. İçmeli, Ö. S., Türker, H., Gündoğuş, B., & Çiftci, M. (2016). Behaviours and opinions of adolescent students on smoking. *Tuberkuloz ve toraks*, 64(3), 217.
19. Jesus-Silva, S.G. Oliveira, J.P. Brianezi, M.H.C. Silva, M.A, de M. Krupa, A.E. Cardoso R.S. (2017) *Jornal Vascular Brasileiro*. V.16.jan/mar
20. Laranjeira, R.; Fliglie, N.B; Bordin, S. (2010). *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca.
21. Lemos, P. R. F. (2016). Idosos diabéticos: proposta de intervenção para adesão ao programa Hiperdia.
22. LENAD. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: *Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD)*, UNIFESP, 2014.
23. Lopes, F. M., Peuker, A. C. W. B., Rech, B. E., Gonçalves, R., & Bizarro, L. (2014). Desenvolvimento, divulgação, adesão e eficácia de um Programa de Cessação do Tabagismo oferecido em uma universidade pública/Development, dissemination, adherence, and effectiveness of a Smoking Cessation Programs offered in a public university. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22(1SE).
24. Lopes, G. T., Bernardes, M. M. R., Acauan, L. V., & Felipe, I. C. V. (2016). Álcool e Tabaco na Adolescência: Modelo de Prevenção Primária. *Interagir: pensando a extensão*, (11), 29.
25. Marlatt G.A; Donovan, D.M. (2009). *Prevenção de Recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
26. Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção da Recaída: Estratégia e Manutenção no Tratamento de Comportamentos Adictivos*. P122 Porto Alegre: Artes Médicas.

27. Ministério da Saúde - pesquisado em 30/05/2017:
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/23911-estudo-inedito-aponta-que-18-5-dos-adolescentes-experimentam-cigarro>
28. Myint, T., & Yee, M. M. (2016). Tobacco smoking among school adolescents in Northern Sabah. *Asian Journal of Medical and Biological Research*, 2(3), 389-395.
29. Organização Mundial da Saúde (OMS). (2014). *Who Mpower: um plan de medidas para hacer retorceder la epidemia de tabaquismo*. Geneva: World Health Organization. – www.who.int pesquisado em 30/05/2016 as 15:00hs.
30. Pacheco, K. C. C. (2016). Grupos educativos para tabagistas na atenção primária de saúde.
31. Paes, N.L (2016). Fatores econômicos e diferenças de gênero na prevalência do tabagismo em adultos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1):53-61.
32. Pressman, S & Gigliotti, A. (2011); Nicotina. *Dependencia Química - Prevenção Tratamento e Políticas Públicas*. 145-160, Artmed, Porto Alegre
33. Pinho, V. D., & Oliva, A. D. (2007) Habilidades sociais em fumantes, não fumantes e ex-fumantes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(2), 0-0.
34. Reichert, J; Araújo A.J; Gonçalves, C.M.C; Godoy, I; Chatkin, J.M; Sales, M.P.U, et al. (2008). *Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008*. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(10): 845-880.
35. Ribeiro, W. F. P., de Carvalho, M. R. F., de Moura, A. P., & de Cássia Campos, T. (2017). Conhecendo o grau de risco para o desenvolvimento do pé diabético em pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2. *Enfermagem Brasil*, 16(2), 80-88.
36. Rodrigues, V. S. (2008). Estudo das habilidades sociais em tabagistas. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica não publicada, apresentada à

- Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
37. Rondina, R. D. C., Martins, R. A., Manzato, A. C., Botelho, C., & Refberg, B. (2015). Habilidades sociais em tabagistas: um estudo com universitários brasileiros. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 17(2).
 38. Saad-Hussein, A., Mohammed, A. M., Hafez, S. F., El-Tahlawy, E., Shaheen, W., Helmy, M. A., & El-Hamshary, M. (2017). Environmental and Social factors influencing in nicotine dependence detected through using Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Egyptian Journal of Environmental Research EJER*, 6.
 39. Sabino, S. D. M., Torquato, R. M., & Pardini, A. C. G. (2016). Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes amputados de membros inferiores. *Acta fisiátrica*, 20(4), 224-228.
 40. Saw, A., Paterniti, D., Fung, L. C., Tsoh, J. Y., Chen, M. S., & Tong, E. K. (2016). Social environmental influences on smoking and cessation: qualitative perspectives among Chinese-speaking smokers and nonsmokers in California. *Journal of immigrant and minority health*, 1-8.
 41. Shiffman, S.; Read, L.; Maltese, J.; Rapkin, D. & Jarvik, M. E. (1993). Prevenção de recaída em ex-fumantes: Uma abordagem de automanejo. Em: G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Orgs.). *Prevenção da Recaída: Estratégia e Manutenção no Tratamento de Comportamentos Adictivos* (pp. 472-520). Porto Alegre: Artes Médicas.
 42. Silva, C. J. (2011). Critérios de diagnóstico e classificação. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 89-97
 43. Skinner, A., West, R., Raw, M., Anderson, E., & Munafo, M. (2017). Evaluating Clinical Stop-Smoking Services Globally: Proposal For A Minimum Data Set. *bioRxiv*, 126078.

44. Sylvestre, M. P., Wellman, R. J., O'Loughlin, E. K., Dugas, E. N., & O'Loughlin, J. (2017). Gender differences in risk factors for cigarette smoking initiation in childhood. *Addictive Behaviors*, 72, 144-150.

LISTA DE ANEXOS:

Anexo 1 – TESTE FAGERSTRÖM PARA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

Itens e escore do Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND):

Pontos

**1. Quanto tempo após acordar
você fuma seu primeiro cigarro?**

(1) Dentro de 5 minutos 3

(2) Entre 6-30 minutos 2

(3) Entre 31-60 minutos 1

(4) Após 60 minutos 0

(5) Não fuma

**2. Você acha difícil não fumar em
lugares proibidos, como igrejas,
ônibus, etc.?**

(1) Sim 1

(0) Não 0

**3. Qual cigarro do dia traz mais
satisfação?**

(1) O primeiro da manhã 1

(2) Outros 0

(3) Nenhum

**4. Quantos cigarros você fuma
por dia?**

(1) Menos de 10 0

(2) De 11 a 20 1

(3) De 21 a 30 2

(4) Mais de 31 3

(5) Não fuma

**5. Você fuma mais
freqüentemente pela manhã?**

(1) Sim 1

(0) Não 0

6. Você fuma mesmo doente?

(1) Sim 1

(0) Não 0

Anexo 2 – INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS

Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette)

Nunca ou raramente (cd10/2)

Com pouca frequência (cd10/3 ou 4)

Com regular frequência (cd10/5 ou 6)

Muito frequentemente (cd10/7 ou 8)

Sempre ou quase sempre (cd10/9 ou 10)

1. Em um grupo de pessoas desconhecidas, fico a vontade, conversando naturalmente.
2. Quando um de meus familiares (pais, irmãos mais velhos ou cônjuge) insiste em dizer o que devo fazer, contrariando o que penso, acabo aceitando para evitar problemas.
3. Ao ser elogiado (a) sinceramente por alguém, respondo-lhe agradecendo.
4. Em uma conversa, se uma pessoa me interrompe, solicito que aguarde até eu encerrar o que estava dizendo.
5. Quando um (a) amigo (a) a quem emprestei dinheiro, esquece de me devolver, encontro um jeito de lembrá-lo (a).
6. Quando alguém faz algo que eu acho bom, mesmo que não seja diretamente a mim, faço menção a isso, elogiando – o (a) na primeira oportunidade.
7. Ao sentir desejo de conhecer alguém a quem não fui apresentado (a), eu mesmo me apresento a essa pessoa.
8. Mesmo junto a conhecidos da escola ou trabalho, encontro dificuldade em participar da conversa (enturmar).
9. Evito fazer exposições ou palestras a pessoas desconhecidas.
10. Em minha casa, expresso sentimentos de carinho através de palavras e gestos a meus familiares.
11. Em uma sala de aula ou reunião, se o professor ou dirigente faz uma afirmação incorreta, eu exponho meu ponto de vista.
12. Se estou interessado em uma pessoa para relacionamento sexual, consigo abordá-la para iniciar conversa.
13. Em meu trabalho ou em minha escola, se alguém me faz um elogio, fico encabulado sem saber o que dizer.
14. Faço exposição (por exemplo, palestras) em sala de aula ou trabalho, quando sou indicado.
15. Quando um familiar me critica injustamente, expresso meu aborrecimento diretamente a ele.
16. Em um grupo de pessoas conhecidas, se não concordo com a maioria, expresso verbalmente minha discordância.
17. Em uma conversa com amigos tenho dificuldade em encerrar minha participação, preferindo aguardar que os outros o façam.
18. Quando um dos meus familiares, por algum motivo, me critica, reajo de forma agressiva.
19. Mesmo encontrado-me próximo a de uma pessoa importante, a quem gostaria de conhecer, tenho dificuldade em abordá-la para iniciar conversa.

20. Quando estou gostando de alguém com quem venho saindo, tomo a iniciativa de expressar-lhes meus sentimentos.
21. Ao receber uma mercadoria com defeito, dirijo-me até a loja onde comprei, exigindo a sua substituição.
22. Ao ser solicitado por um colega para colocar seu nome em um trabalho feito sem a sua participação, acabo aceitando mesmo achando que não devia.
23. Evito fazer perguntas a pessoas desconhecidas.
24. Tenho dificuldade em interromper uma conversa ao telefone mesmo com pessoas conhecidas.
25. Quando sou criticado de maneira direta e justa, consigo me controlar admitindo meus erros ou explicando minha posição.
26. Em campanhas de solidariedade, evito tarefas que envolvam pedir donativos ou favores a pessoas desconhecidas.
27. Se um amigo abusa de minha vontade, expresso-lhe diretamente meu desagrado.
28. Quando um de meus familiares (filhos, pais ou cônjuge) consegue alguma coisa importante pela qual se empenhou muito, eu o elogio pelo seu sucesso.
29. Na escola ou no trabalho, quando não compreendo uma explicação sobre algo que estou interessado, faço perguntas que julgo necessárias ao meu esclarecimento.
30. Em uma situação de grupo, quando alguém é injustiçado, reajo em sua defesa.
31. Ao entrar em um ambiente onde estão várias pessoas desconhecidas, cumprimento-as.
32. Ao sentir que preciso de ajuda, tenho facilidade em pedi-la a alguém do meu círculo de amizades.
33. Quando meu parceiro insiste em fazer sexo sem o uso de camisinha, concordo para evitar que ele fique irritado ou magoado.
34. No meu trabalho ou escola, concordo em fazer as tarefas que me pedem e que não são da minha obrigação, mesmo sentindo um certo abuso nesses pedidos.
35. Se estou sentindo-me bem (feliz), expresso isso para as pessoas de meu círculo de amizades.
36. Quando estou com uma pessoa que acabei de conhecer, sinto dificuldade em manter um papo interessante.
37. Se preciso pedir favor a um colega acabo desistindo de fazê-lo.
38. Consigo “levar na esportiva” as gozações de colegas de escola ou de trabalho a meu respeito.

LISTA DE APÊNDICES:

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO SÓCIO – DEMOGRÁFICO

Nome:

Idade:

Profissão:

Sexo:

Endereço/Telefone:

Idade em que começou a fumar:

Com quem aprendeu a fumar?

Número aproximado de cigarros dia? Usa outro tipo de droga? Qual?

Como é o relacionamento familiar?

Outras pessoas da família fumam?

Como é o relacionamento social?

Amigos próximos fumam?

Já tentou parar de fumar? Como?

Você se sente habilidoso socialmente? Sim/Não

**APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: Habilidades sociais em pacientes tabagistas. A pesquisa se justifica pela falta de literatura e possibilidade de formação de um grupo de cessação de tabagismo focado em déficits em habilidades sociais. Os procedimentos serão realizados através de questionários e inventários. Existe um desconforto e risco mínimo para a você que se submeter à coleta dos dados. Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional em caso de haver gastos de tempo. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Laura Lemos Cury

no telefone (17) 32015000, ramal 1215. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Habilidades sociais em pacientes tabagistas

Pesquisador: LAURA

LEMOS CURY **Área**

Temática:

Versão: 2

CAAE: 60576016.8.0000.5468

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto- FAMERP - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO**PARECER****Número do****Parecer:**

1.880.228

Apresentação do Projeto:

Sem considerações. Já descrito no Parecer nº1.814.192 datado 10 de Novembro de 2016

Objetivo da Pesquisa:

Sem considerações. Já descrito no Parecer nº1.814.192 datado 10 de Novembro de 2016

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem considerações. Já descrito no Parecer nº1.814.192 datado 10 de Novembro de 2016

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem considerações. Já descrito no Parecer nº1.814.192 datado 10 de Novembro de 2016

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem considerações. Já descrito no Parecer nº1.814.192 datado 10 de Novembro de 2016

Recomendações:

Sem considerações. Já descrito no Parecer nº1.814.192 datado 10 de Novembro de 2016

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foi enviado o questionário: Inventário de Habilidades Sociais. Por favor enviar para avaliação do CEP.

Acrescentar no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido qual desconforto e risco mínimo existe. Seria desconforto referente ao tempo para responder ao questionário?

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa em Reunião Realizada no dia 22 de Dezembro de 2016.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_800046.pdf	21/11/2016 08:31:44		Aceito
Outros	respostapendencias.odt	21/11/2016 08:31:06	LAURA LEMOS CURY	Aceito
Outros	inventariohs.docx	21/11/2016 08:28:54	LAURA LEMOS CURY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo2.docx	21/11/2016 08:22:20	LAURA LEMOS CURY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	detalhado.doc	27/09/2016 08:48:35	LAURA LEMOS CURY	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	27/09/2016 08:46:36	LAURA LEMOS CURY	Aceito
Folha de Rosto	folha.docx	27/09/2016 08:34:31	LAURA LEMOS CURY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 22 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Adelino Parro Junior
(Coordenador)

