

Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica

MANUEL ROSAS (*)
FILIPA BAPTISTA (**)

1. INTRODUÇÃO

Segundo dados divulgados pela OMS (1997), actualmente, o consumo de tabaco mata cerca de 3 milhões de pessoas por ano, número que tende a chegar aos 10 milhões nas próximas três décadas. Sabe-se há mais de 40 anos que o tabaco é um factor causador de doenças e morte na população. Esta «epidemia silenciosa» é responsável por 50% de todas as doenças que podem ser evitadas, metade das quais são doenças cardiovasculares (DCV). O risco de doença associado ao tabaco está relacionado com a quantidade diária e a duração do hábito de fumar. Na opinião do director daquela instituição, H. Nakajima (1997), estes riscos estão a ser subestimados pelo público e por aqueles que têm como função proteger e promover a saúde pública. Em volta da indústria tabaqueira movem-se múltiplos interesses, sobretudo económicos, a publicidade investe forte-

mente na promoção do consumo quer nos jovens, quer nas mulheres, grupos onde se tem registado um aumento gradual do consumo nos últimos anos.

Segundo dados epidemiológicos fornecidos pela Society of Research on Nicotine and Tobacco (SRNT, 2001), em 1988, foi calculado que havia mais de 1,2 biliões de fumadores em todo o mundo, aproximadamente um terço da população mundial com mais de 15 anos, sendo que 800 milhões vivem em países desenvolvidos. A distribuição por género corresponde a 47% de consumidores homens e 12% mulheres. No entanto, verifica-se que nos países desenvolvidos 42% dos homens e 24% das mulheres fumam. Em Portugal, fontes da WHO (1997) apontam para uma prevalência de 38% de homens e 15% de mulheres fumadores com mais de 15 anos.

Numerosos estudos confirmam uma associação significativa entre o tabagismo e o desenvolvimento de doenças como: o cancro do pulmão, da cavidade oral, estômago e bexiga; doença pulmonar obstrutiva, úlceras gastroduodenais, sendo, para além disso, um dos principais factores de risco de doença cardiovascular, entre muitas outras.

São cada vez mais reconhecidos os efeitos do

(*) Psicólogo, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos.

(**) Psicóloga, P. Laços - C. S. Darque / Viana do Castelo.

tabaco ao nível do organismo, sabendo-se inclusivamente que o risco de morte súbita é 4 vezes maior nos fumadores do que nos não fumadores. O tabaco é causa estabelecida ou provável de, pelo menos, 25 doenças (SRNT, 2001). Estima-se que, nos países desenvolvidos, fumar cause 87% das mortes por cancro do pulmão, 82% das mortes por enfisema e 40% das mortes por doença cardíaca entre as pessoas com menos de 65 anos de idade. A investigação tem demonstrado um aumento de 50% na progressão do processo de arteriosclerose nos fumadores e de 20% nos fumadores passivos (G. Howard e col., 1998). A exposição ao fumo do tabaco representa um risco acrescido de 30% para as doenças cardiovasculares (Law, Morris & Wald, 1997).

Sabe-se hoje que na composição de um cigarro existem mais de 4000 substâncias sendo já identificadas inúmeros componentes irritantes, co-cancerígenos e cancerígenos para o ser humano, ou seja, estamos perante um verdadeiro *cocktail* de tóxicos. Destes, destacam-se três substâncias pela importância dos seus efeitos nocivos: o *alcatrão*, o *monóxido de carbono* e a *nicotina*.

O *alcatrão*, que provém maioritariamente da combustão do papel do cigarro, é um importante agente cancerígeno, responsável particularmente pelo aparecimento de cancro do pulmão, e em combinação com as outras substâncias, pelo agravamento de doenças respiratórias graves como o enfisema e a bronquite crónica (Afonso, Melo, & Ramalhão, 1999).

O *monóxido de carbono*, resultante da combustão do tabaco e do papel do cigarro, é um gás tóxico que tem maior apetência para se fixar à hemoglobina do sangue, levando progressivamente à diminuição do transporte de oxigénio aos órgãos e tecidos, o que explica o maior cansaço dos fumadores e a sua grande dificuldade em executar esforços. É responsável ainda pelo desenvolvimento de arteriosclerose, de enfartes do miocárdio, doenças respiratórias crónicas e morte súbita.

A *nicotina* é uma droga proveniente da planta do tabaco que, quando inalada, produz efeitos psicoactivos e, é a principal responsável pela grande dependência dos seus consumidores. É um alcalóide responsável pelo «prazer» de fumar, gerador de efeitos eufóricos e/ou relaxantes, que muitas vezes resultam em formas de aliviar sen-

timentos negativos ou estados de tensão. Os efeitos psicológicos da nicotina associam-se a formas motivacionais fortes e imediatas que reforçam e mantêm o comportamento de fumar. A nicotina de um cigarro atravessa a barreira hemato-encefálica em, aproximadamente, 6 segundos e produz um efeito instantâneo no organismo (Pomerleau, 1987). Becker (1997) demonstrou que os fumadores desempenham tarefas cognitivas complexas e de coordenação motora fina quando estão a fumar. Inversamente, quando deixam de fumar sentem uma frustrante falta de capacidade para pensar claramente e para o desempenho de tarefas habituais.

O poder aditivo do tabaco é similar ao consumo de outras drogas como a cocaína e heroína (USDHHS, 1998), só que... mata muita mais gente!

Sabe-se hoje que a nicotina actua sobre os receptores colinérgicos nicotínicos, receptores activados pela acetilcolina, que existem ao nível da junção neuro-muscular, do sistema nervoso autónomo e sistema nervoso central. Um outro mecanismo neuronal activado pela nicotina é o sistema dopaminérgico-mesolímbico, sistema envolvido na expressão emocional e comportamento psicológico complexo, com funções como a cognição, o planeamento, a memória e comunicação. A investigação tem demonstrado que a nicotina aumenta a libertação de dopamina ao nível da região tegmental ventral e do núcleo accumbens, responsável pela sensação de prazer, o que leva ao reforço da auto-administração da droga.

Os efeitos neurofisiológicos da nicotina reforçam o seu efeito aditivo na medida em que, a nicotina é administrada em «bolus» discretos após cada inalação, é rapidamente transferida para o sistema nervoso central, a sua disponibilidade no organismo é frequente e repetida e, finalmente, no meio ambiente existem inúmeras pistas sensoriais que se tornam reforços secundários para o seu consumo.

O síndrome de abstinência é a consequência fisiológica mais importante associada à paragem repentina do consumo, com efeitos aversivos no organismo, razão pela qual os fumadores têm receio em deixar de fumar. Na fase de abstinência, são descritos sintomas como: desejo intenso de fumar (*craving*), irritabilidade, hostilidade, an-

siedade, dificuldades de concentração, insónia, aumento do apetite e aumento de peso.

O consumo de tabaco está também associado de forma particularmente intensa a dimensões mais subjectivas do comportamento e a influências sociais. Estas variáveis, de tipo psicossocial, contribuem para a iniciação e manutenção do comportamento. Os reforços quer positivos (prazer), quer negativos (evitar o síndrome de abstinência), relacionados com o comportamento de fumar, tornam-no repetitivo e regular, ou seja, num hábito automático.

Por outro lado, a motivação para deixar de fumar não é sempre igual em todos os fumadores, e para avaliar este constructo, Proschaska e DiClement (1983, 1984, 1986, 1994) desenvolveram um modelo transteórico que compreende 5 fases de mudança de comportamento, que foi validado em diversos comportamentos para a saúde, como por exemplo, consumo de álcool, tabaco, o exercício físico, o controlo do peso, o uso do preservativo e a adesão ao rastreio oncológico através da mamografia.

Relativamente ao comportamento de fumar, os autores constataram também a existência dos mesmos 5 estádios de motivação para a mudança comportamental (Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Acção e Manutenção) que são importantes para o processo de deixar de fumar. Genericamente, os estádios de mudança podem ser conceptualizados da seguinte forma:

1. *Pré-contemplação* – O fumador neste estádio, não se preocupa com o seu comportamento e não tem a intenção de deixar de fumar. Muitas das vezes, adopta uma postura defensiva e evita todo o tipo de informação. Os motivos apontados pelos fumadores para este comportamento são a desmotivação para fazer qualquer alteração do seu comportamento, o sentimento de desmoralização relativamente às suas capacidades para lidar com a situação e, em alguns casos, os fumadores podem não estar verdadeiramente conscientes dos riscos que correm.
2. *Contemplação* – O fumador neste estádio, preocupa-se com o seu comportamento mas encontra-se numa postura ambivalente em relação a deixar de fumar. As razões para permanecer neste estádio prendem-se so-

bretudo com as dificuldades de auto-controlo e as dúvidas acerca dos ganhos que podem obter com a mudança.

3. *Preparação* – O fumador neste estádio faz tentativas para modificar o seu comportamento a curto prazo (1 mês) e já fez tentativas anteriores para deixar de fumar durante o último ano (mais de 24 horas sem fumar).
4. *Acção* – O fumador conseguiu parar de fumar e permanece sem fumar durante os 6 meses seguintes, sem recaídas.
5. *Manutenção* – Significa que a pessoa deixou de fumar há mais de 6 meses e mantém esse comportamento, considerando-se abstinente ao fim de 5 anos.

Depois do anteriormente referido, é fácil constatar que todos estes e outros dados disponíveis na literatura especializada, apontam claramente para o enorme impacto negativo que o consumo de tabaco tem na saúde pública em geral, pelo que o desenvolvimento de programas específicos para deixar de fumar merece hoje, mais do que nunca, uma atenção especial.

Com efeito, já nos últimos 30 anos surgiram diversas propostas de programas para deixar de fumar. Nos anos 80 houve um acréscimo de oferta destes programas, desde os métodos de auto-ajuda, a hipnose, a acupunctura, a nicotina de substituição e o aconselhamento psicológico.

Genericamente, o processo para deixar de fumar pode seguir duas estratégias distintas: uma paragem repentina e definitiva ou uma redução gradual dos consumos a curto prazo. A paragem brusca do consumo, embora eficaz em alguns casos, na maioria das vezes, provoca um desconforto acentuado (síndrome de abstinência), o que nos leva a aconselhar evitar deixar de fumar segundo este método. Por outro lado, os programas de redução gradual mais tradicionais utilizam diversas técnicas como o controlo de contingências, os auto-registos, a mudança de marca de tabaco e o reforço social que ajudam o fumador a reduzir o consumo. Nesta perspectiva, não importa o como e quando deixar, nem a motivação para deixar de fumar, mas apenas a redução da quantidade de cigarros num determinado período de tempo.

Na década de 80, apareceram programas multicomponenciais que envolvem diversas estraté-

gias terapêuticas cognitivo-comportamentais, suporte social e apoio farmacológico.

Na revisão feita por Becoña (1998) configuraram-se tipologias de intervenção psicológica multicomponencial tendo em conta dois grandes objectivos: 1) deixar de fumar e 2) manter-se abstinente. Os estudos existentes demonstram, em parte, a eficácia das estratégias psicológicas quanto ao primeiro objectivo, mas uma menor percentagem quanto ao segundo.

Mais recentemente, Becoña (1993) desenvolveu um programa multicomponencial para deixar de fumar composto por estratégias cognitivas e comportamentais de modo a reduzir a dependência física, psicológica e social associada ao comportamento de fumar. As taxas de abstinência ao fim de 1 ano são de cerca de 50% no fim do tratamento e os programas que combinam estratégias psicológicas e farmacológicas, a sua eficácia pode chegar a 40-50 % ao fim de 1 ano de seguimento (Becoña, 1998).

Basicamente o programa está estruturado em 6 sessões, que podem ser efectuadas em grupo ou individualmente, com uma periodicidade semanal. O número de participantes não deve exceder os 10 fumadores.

Seguindo esta linha de investigação, apresentamos em seguida os procedimentos e alguns dados exploratórios resultantes da aplicação de um programa de intervenção psicológica estruturado para deixar de fumar segundo a metodologia proposta por Becoña (1993). Esta consulta está inserida na Consulta de Psicologia Clínica do Hospital Pedro Hispano – Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Os *objectivos* deste estudo consistem em:

- Possibilitar uma melhor descrição, estratificação e compreensão da população de fumadores estudada, através de variáveis sociodemográficas e fisiológicas/clínicas.
- Avaliar a eficácia do programa através da análise da evolução do consumo de tabaco entre o início, fim do tratamento e seguimento.
- Testar uma metodologia de intervenção psicológica na população portuguesa num contexto hospitalar e de saúde pública, dentro de uma perspectiva de intervenção multidisciplinar.
- Demonstrar a necessidade deste tipo de in-

tervenções junto de fumadores com alto risco de desenvolvimento ou agravamento de diversas doenças.

2. METODOLOGIA

2.1. Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 107 indivíduos, residentes em Matosinhos e utentes do Hospital Pedro Hispano. Destes, 68 (80%) são do sexo masculino e 17 (20%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 33 e 77 anos ($x=47$ anos), sendo o nível de escolaridade médio de 7 anos. Quanto ao estado civil, 77% são casados, 23% são solteiros ou divorciados.

Quanto ao estatuto de fumador, verifica-se que a idade média de início do consumo regular de cigarros é aos 17,5 anos (min.= 10 anos, max.= 40 anos); e a média de anos de consumo regular é 30 anos (min.= 6 anos, max.= 60 anos). Quanto ao consumo actual de cigarros por dia é em media 20 cigarros e o teor de nicotina é de 0,6 mg.

Quanto ao grau de dependência da nicotina avaliado pelo teste de Fagerstrom (1991), foi assumido o ponto de corte de 6 para diferenciar os indivíduos com baixa dependência da nicotina dos com elevada dependência (Becoña, 1998); no entanto, este valor tem que ser considerado com reservas dado que ainda não existe uma aferição para a população portuguesa. Na nossa amostra, 72% dos fumadores revelavam uma elevada dependência à nicotina, enquanto que 27,9% revelava uma baixa dependência à nicotina.

Em termos clínicos, 45% da amostra tem diagnóstico de doença do aparelho cardiovascular, 23% do aparelho respiratório e 7% de outras patologias, enquanto que 23% não apresenta qualquer patologia diagnosticada.

Ao nível psicológico, 62% da amostra não apresenta sintomatologia psicológica relevante, 15% apresenta sintomatologia ansiosa e 13% sintomatologia depressiva, avaliada pelo Questionário de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Zigmond & Snaith, 1983).

Finalmente, constata-se que um número importante de fumadores (34,6%) está em contacto

com outros fumadores no mesmo agregado familiar.

2.2. Instrumentos

- *Questionário sociodemográfico e sobre os Hábitos de Fumar*
- *Questionário de Tolerância à Nicotina de Fargerstrom* (1991) que permite avaliar o nível de dependência dos fumadores à nicotina (> 6 pontos = dependência elevada; < 6 pontos = dependência moderada ou baixa).
- *Questionário de Estádios de Mudança Comportamental* de Prochaska e DiClemente (1991).
- *Questionário de Ansiedade e Depressão Hospitalar* de Zigmond e Snaith (1983).

2.3. Procedimentos

Os fumadores que integram este estudo foram encaminhados para a *Consulta Psicológica de Desabitação Tabágica* pelo seu médico assistente (ver fluxograma em Anexo).

A cada fumador é feita uma avaliação prévia e seguidamente são explicados os objectivos do programa e proposto um plano terapêutico para deixar de fumar – este grupo vai ser designado como *Grupo de Tratamento*.

Os doentes fumadores que estão internados no Hospital (e por isso tiveram que parar de fumar) são referenciados para a consulta e inseridos no programa de prevenção de recaídas, com o objectivo de se manterem abstinentes – este grupo vai ser designado como *Grupo de Prevenção de Recaídas*.

O grupo de Tratamento obedece a um plano de intervenção individual ou em grupo (6 pessoas) composto por 1 sessão de avaliação, 6 sessões terapêuticas de periodicidade semanal e sessões de seguimento.

O programa inclui: preenchimento de folhas de auto-registos e representação gráfica dos consumos; informações sobre o tabaco e seus malefícios para a saúde; estratégias de auto-controlo e extinção de estímulos; actividades para combater o síndrome de abstinência; estratégias para a redução gradual de consumos de nicotina; reestruturação cognitiva e estratégias de prevenção de recaídas.

No decorrer das sessões, a reflexão acerca dos auto-registos do consumo de cigarros, a mudança de marca de tabaco, o controlo de estímulos e o fornecimento de regras para reduzir os consumos são instrumentos importantes para o cumprimento dos objectivos terapêuticos. As estratégias cognitivo-comportamentais centradas nos pensamentos e crenças associadas ao consumo de tabaco permitem clarificar crenças disfuncionais através de técnicas de reestruturação cognitiva. É particularmente relevante, a informação sobre os efeitos nocivos do tabaco na saúde, dado haver na nossa população, alguma falta de informação a esse nível. Durante o processo alguns doentes (5 doentes) tiveram apoio farmacológico com a prescrição do Bupropion (Zyban®).

No grupo de prevenção de recaídas, o plano terapêutico inclui estratégias comportamentais (relaxamento, actividade física, comportamentos alternativos), estratégias cognitivas (reestruturação de crenças, auto-instruções) e suporte social (partilha de experiências passadas ou recentes e reforço do apoio e coesão no grupo). As sessões têm a duração de uma hora, periodicidade trimestral e são frequentes por grupos até 10 doentes.

Para uma mais rápida visualização dos objectivos e actividades do programa apresenta-se de seguida um quadro resumo do mesmo (Quadro 1).

3. RESULTADOS

O tratamento dos resultados foi realizado com o apoio do programa estatístico – SPSS (versão 9.0), fazendo-se análises descritivas e análises de médias entre as variáveis avaliadas no início e no fim do programa, através do teste *t de student* para amostras independentes.

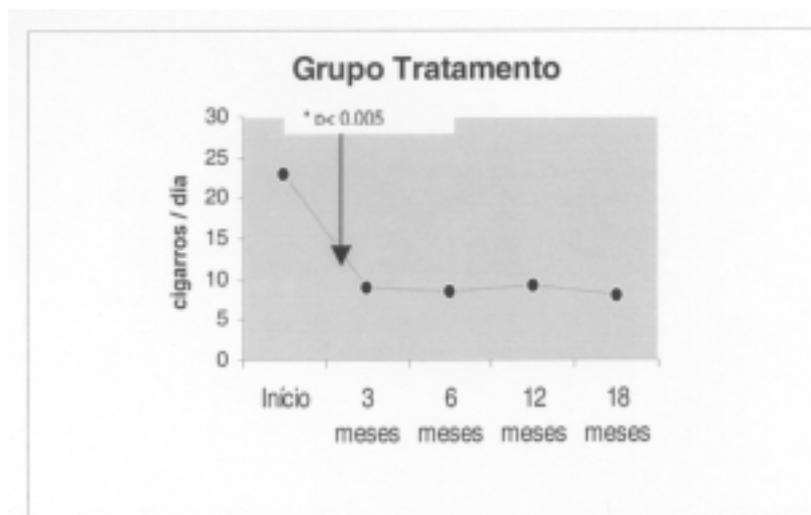
Apresentamos em seguida os resultados da nossa amostra.

Inicialmente, dos 107 doentes, 92 eram fumadores (G. Tratamento) e 15 encontravam-se já abstinentes (G. Prevenção de Recaídas). Como os processos de cessação tabágica foram iniciados em diferentes momentos, o número de doentes do Grupo de Tratamento varia com o passar do tempo, sendo que no final do tratamento / 1.º

QUADRO 1
Resumo do programa de tratamento para deixar de fumar

FASE	OBJECTIVOS	ACTIVIDADES
Avaliação inicial (1 sessão)	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do programa - Ajuste de expectativas - Estabelecimento do contrato terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição dos Objectivos e da Metodologia das sessões - Informação sobre efeitos nocivos do tabaco na saúde
Intervenção (6 sessões)	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da dependência fisiológica - Redução da dependência psicológica - Redução da dependência social 	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-registos - Mudança de marca tabaco - Controlo de estímulos - Prevenção de respostas - Análise do comportamento fumar - Estratégias de prevenção de recaídas - Reestruturação de cognições disfuncionais associadas ao tabaco - Envolvimento social de uma nova atitude de não fumador
Avaliação final (1 sessão) e Seguimento (3, 6, 12 e 18 meses)	<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção da abstinência - Evitar as recaídas e o aumento dos consumos 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a motivação - Antecipação de situações de risco e maior probabilidade para fumar - Ensaio de estratégias para controlo situações de risco

GRÁFICO 1
Distribuição do número médio de cigarros por dia, nos diferentes momentos de avaliação no Grupo de Tratamento



mês, o número de doentes avaliados era de 80, após 3 meses 64; aos 6 meses eram 49; ao fim de um ano eram 40 e aos 18 meses eram 26. O Grupo de Prevenção de Recaídas, foi constituído mais recentemente, pelo que a avaliação dos 3 e 6 meses, só conta com 7 participantes.

Verifica-se ainda que entre os 3 e os 6 meses, a taxa de desistência global é de 20%.

O Grupo de Tratamento no momento da avaliação inicial tinha um *consumo médio de cigarros / dia* de 23 (dp= 11), com um teor médio de nicotina de 0,8 mg (dp= 0,2 mg). No final do tratamento, os participantes consumiam, em média, 9 cigarros por dia (dp= 9), com um teor médio de nicotina de 0,2 mg (dp= 0,2 mg), sendo esta diferença entre o início e o fim do programa altamente significativa. Aos 6 e 12 meses, a média diária de cigarros era de 9 e aos 18 meses de seguimento era de apenas 8 (Gráfico 1).

No que diz respeito à distribuição do número médio de cigarros por dia em função do sexo e em função do grupo etário, não foram encontradas diferenças significativas.

Quanto ao *grau de dependência da nicotina*, avaliado inicialmente pelo teste de Fagerstrom, a amostra foi dividida em dois grupos: fumadores com baixa dependência à nicotina (valor < 5) e fumadores com elevada dependência à nicotina (valor igual ou > a 6).

Como se pode constatar no Quadro 2, os fu-

madores com baixa dependência à nicotina consomem menos cigarros por dia e no primeiro mês (final do tratamento) a diferença é significativa em comparação com os fumadores com elevada dependência à nicotina.

Quanto à *motivação para a mudança comportamental* para deixar de fumar, como se trata de uma variável dinâmica, verifica-se que ao fim do 1.º mês, diminuiu a percentagem de fumadores que se encontravam na fase de Contemplação (de 63% para 45%) e na fase de Preparação (de 37% para 26%), enquanto que se regista um aumento progressivo da percentagem de fumadores que se encontra na fase de Acção (de 0% para 29%), ou seja, a fase de abstinência. Quanto aos restantes meses, a tendência para a redução/cessação tabágica parece manter-se (Gráfico 2), salientando-se o aumento da percentagem de doentes em fase de Manutenção, após o 1.º ano (de 40% para 54% de abstinentes).

No que diz respeito ao Grupo de Prevenção de Recaídas (15 participantes), que foi avaliado após a alta hospitalar (aproximadamente 1 mês) constata-se que, em relação ao estágio de motivação para deixar de fumar, a totalidade dos doentes se encontram já na fase de Acção. No entanto, após o primeiro mês, 4 doentes (27%) voltaram a fumar, encontrando-se na fase de Preparação. Aos 3 e 6 meses os doentes passaram novamente para a fase de Acção (Gráfico 3).

QUADRO 2

*Comparação do número médio de cigarros / dia, em função do grau de dependência à nicotina
Teste Fagerstrom (t-test para amostra independentes)*

	Dependência Baixa			Dependência Alta			t	p
	N	Média	DP	N	Média	DP		
Início	28	16,9	9,9	62	25,5	10,7	-3,636	0,000*
1 mês	26	5,8	7,0	52	13,5	8,5	-3,986	0,000*
3 meses	22	5,6	7,6	40	10,9	9,8	-2,213	0,031
6 meses	21	7,0	8,3	28	9,7	10,8	-0,925	0,360
12 meses	20	8,9	9,0	19	9,5	10,3	-0,186	0,854
18 meses	15	9,0	9,7	11	6,4	10,3	0,669	0,510

Legenda: DP = Desvio Padrão; p < 0,000* Diferença altamente significativa

GRÁFICO 2
Estádios de motivação para deixar de fumar, no Grupo de Tratamento, nos diferentes momentos de avaliação

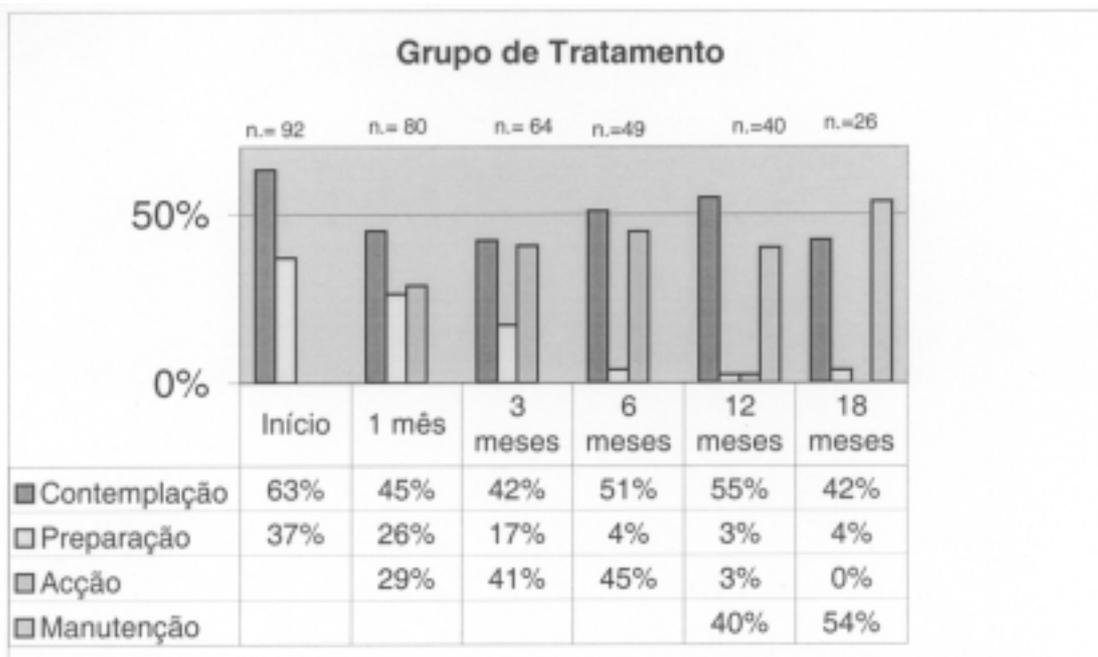
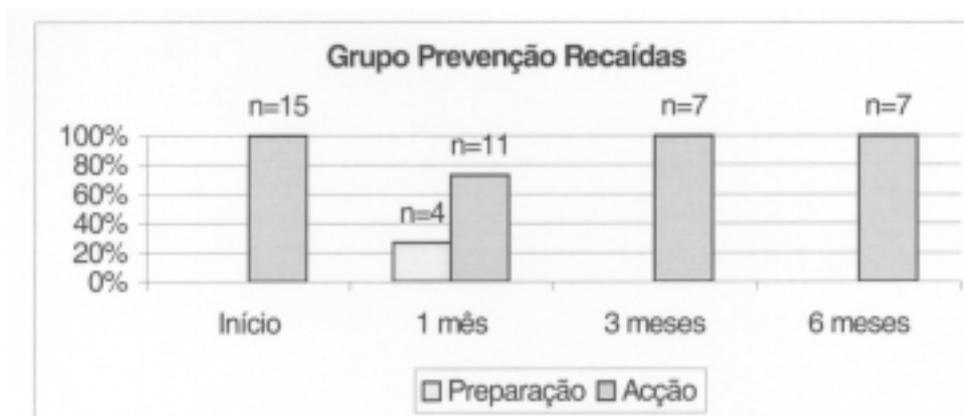


GRÁFICO 3
Estádios de motivação para deixar de fumar, no Grupo de Prevenção de Recaídas, nos diferentes momentos de avaliação



4. DISCUSSÃO

Após a aplicação do programa de tratamento para deixar de fumar, e da análise dos dados resultantes, pode-se concluir que o número de fumadores que ficaram abstinentes (43%) ao fim de um ano, demonstra a eficácia do programa, com valores consonantes com estudos anteriores já mencionados e revistos por Becoña em 1998.

No que diz respeito aos restantes indivíduos que não conseguiram deixar de fumar no fim do tratamento, verificou-se uma redução significativa do consumo de cigarros e do teor de nicotina. Este resultado tem um impacto positivo a médio e longo prazo, já que fumar menos cigarros implica um menor nível de dependência da nicotina, sendo assim mais fácil vir a deixar de fumar, aliado a um menor risco para a saúde física. Nestes doentes, esta parece ser a única alternativa viável depois de analisado o seu elevado grau de dependência à nicotina (Becoña, 1998).

Nesta amostra, as razões apontadas para as desistências verificadas ao longo do programa (cerca de 20%), são diversas, sendo que as mais importantes prendem-se sobretudo com o sentimento de falta de controlo para lidar com o processo de deixar de fumar, com o fraco apoio social que receberam e com a existência de problemas familiares ou profissionais graves.

A perspectiva temporal assume-se, desta forma, como um factor importante num processo para deixar de fumar. Durante o tempo de intervenção psicológica, verificou-se que os fumadores, sobretudo os mais dependentes, tentaram utilizar o máximo de tempo disponível para tomar a decisão de deixar de fumar, tendo muitos adiado tal decisão para a última sessão. Por outro lado, notou-se, que, de um modo geral, por volta da 3.^a sessão, os participantes denunciaram uma quebra da motivação, pelo que foi importante nesse momento, reforçar a importância da vontade para deixar de fumar, bem como a dissipação das dúvidas e inseguranças dos fumadores.

De facto, neste estudo, a dimensão temporal demonstrou ser relevante, pois verificou-se que os ganhos na redução ou cessação tabágica se acentuam com o passar do tempo, sendo as sessões de seguimento, momentos fulcrais para o reforço da motivação e do treino das estratégias de auto-controlo adquiridas durante o programa de tratamento.

A investigação na área da cessação tabágica não encontra diferenças de eficácia entre a intervenção individual e em grupo (Lancaster, 1999, 2001), pelo que a intervenção em grupo nos parece mais adequada, pois permite uma maior entre-ajuda dos elementos e um reforço da adesão ao tratamento, bem como possibilita uma maior rentabilização dos recursos disponibilizados. A experiência de grupo foi considerada muito positiva e constituiu para muitos uma vivência totalmente nova no contexto hospitalar, onde dispuseram de espaço e tempo para partilhar as suas histórias e percursos pessoais.

A amostra deste estudo é constituída por mais homens que mulheres, embora seja de prever a breve prazo um maior equilíbrio das pessoas que procuram tratamento, dado, nos últimos anos se ter verificado um aumento significativo dos níveis de consumo entre as mulheres, com um início cada vez mais precoce.

Embora noutras investigações, a idade típica em que um fumador decide vir ao tratamento se situe entre os 35-40 anos (Becoña & Vazquez, 1996), neste estudo, a idade média dos participantes no programa foi de 47 anos. Tal facto relaciona-se possivelmente com o contexto clínico onde foi realizada, tendo em conta os motivos de saúde e conselhos médicos inerentes, mas também com outras preocupações como a observação de amigos e conhecidos com doenças produzidas directamente pelo tabaco. Apesar desta amostra ter uma média de idades superior a 40 anos, constatou-se que os fumadores mais novos revelaram maior resistência ao processo terapêutico.

Quanto aos motivos para deixar de fumar, os estudos referem que cerca de 60% prendem-se com questões de saúde e cerca de 25% com factores psicossociais (Orleans, 1993). Por outro lado, como outros motivos frequentes surgem o medo de ganhar peso, o medo do fracasso e o medo do síndrome de abstinência (Orleans, 1993).

Nesta amostra, e porque se trata de uma amostra hospitalar, verificou-se que a maioria dos fumadores apontaram razões de saúde para deixar de fumar, sendo a maior parte doentes referenciados por uma determinada patologia (enfartes miocárdio, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crónica e diabetes); outros referiram a pres-

são familiar (e.g. mau exemplo para filhos adolescentes) e outras razões económicas.

O apoio social é também uma variável importante no processo de deixar de fumar. O apoio dos amigos e familiares está muito relacionado com o êxito que os fumadores podem ter nos programas de tratamento (Lichtenstein, Glasgow & Abrams, 1986). No entanto, nem sempre é fácil efectuar mudanças nas interações sociais existentes, mas é sempre importante reforçar as interações positivas com as pessoas significativas do meio que ajudem o fumador a ficar abstinente.

No presente estudo, verificamos que a nossa intervenção constituiu, muitas das vezes, a primeira fonte de suporte social para ajudar os fumadores a ficarem abstinente, sendo os outros elementos do grupo e o psicólogo agentes activos desse suporte. Durante todo o processo os participantes são estimulados para a construção de uma nova atitude social de não fumador através do assumir de compromissos com as pessoas mais próximas. Porém, nem sempre o apoio social é reforçador, algumas das vezes, é até ameaçador. Neste último caso, o apoio do grupo foi particularmente importante no reforço da motivação e da auto-estima dos participantes, tendo sido, diversas vezes, um factor preponderante para o não abandono do tratamento.

Em jeito de conclusão, gostaríamos só de acrescentar que o psicólogo é seguramente um dos profissionais que nos contextos de saúde pode dar um contributo relevante para a modificação de um dos comportamentos evitáveis mais mortíferos em termos da saúde pública, haja para isso, um envolvimento, investimento e decisões políticas acertadas que possam dar resposta às necessidades da população.

A Prevenção é um conceito do passado; a Educação para a Saúde é um conceito do presente e do futuro... porque esperamos?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Becoña, E. (1993). *Programa para deixar de fumar*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago Compostela.

Becoña, E., & Garcia, M. P. (1996). Evaluación de la adicción al tabaco. In Buéla-Casal e col. (Eds.), *Evaluación de la psicología clínica e de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Becoña, E. & Vázquez González (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson – Psicología.

DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. e col. (1991). The process of smoking cessation: An analyses of pre-contemplation, contemplation and preparation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.

Fava, J., Felicer, W., & Prochaska, J. (1995). Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addictive Behaviours*, 20 (2), 189-203.

Fiore, M. C. et al. (2000). Treating tobacco use and dependence. In *Clinical Practice Guideline*. Rockville: US Dep. of Health and Human Services, Public Health Services.

Hall, S. M. (1999). Psychological intervention: State of art. *Nicotine & Tobacco Research*, 1, Sup. 2, 169-173.

Howard, G. e col. (1998). Cigarette smoking and progression of atherosclerosis. *JAMA*, 279, 119-124.

Klesges, R. C., & Thompson, M. C. (1998). Relationships between stages of change in cigarette smokers and healthy lifestyle behaviors in a population of young military personnel during forced smoking abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1005-1011.

Lancaster, T., & Stead, L. F. (1999). Individual behaviour counselling for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2, 1999. Oxford: Update Software.

Lancaster, T., & Stead, L. F. (2001). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.

Law, M. R., Morris, J. K., & Wald, N. J. (1997). Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease. Evaluation of the Evidence. *BMJ*, 317, 980-988.

Lopez de la Llave, A., Buceta, J. M., & Pérez-Llantada, M. C. (1997). Tratamiento psicologico del hábito de fumar: Comparación de dos métodos de reducción gradual. *Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica*, 2 (3), 223-247.

Pomerleau, O. F. e col. (1988). *Nicotine replacement: A critical evaluation*. New York: Alan R. Liss.

Prescott, E. (1998). Higher hearth risk in woman smoker. *BMJ*, 316, 1043-1047.

Prochaska, J. O., & DiClement, C. C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In W. Miller, & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviours: processes of change*. New York: Plenum.

Rosas, M., & Baptista, F. (2000). *Deixar de fumar é possível*. Porto: Arquivos de Medicina – Faculdade de Medicina do Porto.

Schwartz, J. L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The USA and Canada, 1978-1985*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.

- SRNT (2001). III Conference on «Advances on neuroscience and pharmacology of nicotine», Paris, 19-22 Setembro.
- USDHHS (1988). *The health consequences of smoking: nicotine addiction*. A report of Surgeon General US Dep. of Health and Human Services. Public Health Services.
- Watkins, S., Koob, G., & Markon, A. (2000). Mecanismos neuronales subyacentes a la adicción a la nicotina. *Nicotine & Tobacco Research*, 2, 19-37.
- West, R., McNeill, A., & Raw, M. (2000). Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*, 55, 987-999.

RESUMO

O risco de doenças associado ao consumo de tabaco é actualmente um dos problemas mais importantes de saúde pública. Para além da dependência fisiológica provocada pela nicotina, o consumo de tabaco também está relacionado com variáveis psicossociais que reforçam e mantêm o comportamento de fumar, tornando-o repetitivo e automático nas mais diversas situações e contextos. Da maioria dos fumadores que desejam deixar de fumar sozinhos, só 5% tem êxito. Nos últimos tempos, têm-se verificado um aumento do número de estratégias, farmacológicas, de substituição e psicológicas, para fazer face a este problema. Dentro da última abordagem apresentam-se os primeiros dados de um programa de intervenção psicológica segundo o modelo proposto por E. Becoña (1993) numa perspectiva cognitivo-comportamental. O protocolo de tratamento para deixar de fumar, inserido na Consulta de Psicologia Clínica do Hospital Pedro Hispano, compreende 3 fases (avaliação, intervenção e seguimento) sendo composto por 6 sessões de intervenção individual, ou em grupo, e 4 sessões de acompanhamento. Os dados apresentados correspondem a uma amostra de 107 doentes. Dos doentes que completaram o tratamento, 43% ficou abstinente e os restantes 57% reduziram o consumo de cigarros por dia e os níveis de nicotina de forma significativa.

Estes dados apontam para a eficácia deste tipo de intervenção multicomponental, que abrange não só os aspectos fisiológicos do acto de fumar, mas também os seus aspectos comportamentais e psicossociais, pelo

que se alerta para a pertinência da divulgação e expansão destes métodos de tratamento em serviços de saúde na comunidade.

Palavras-chave: Tabaco, deixar de fumar, factores de risco cardiovasculares, intervenção psicológica, estratégias não farmacológicas.

ABSTRACT

The risk of diseases associated to tobacco consume is nowadays one of the most important problems of public health. Beyond physiological dependence caused by nicotine, smoking is also related with psychosocial variables that reinforce and sustain the smoking act, making it repetitive and automatic in the most different contexts and situations.

Most of the smokers who want to quit smoking by themselves, have only 5% of exit. Lately, it has been noticed, a diversified number of intervention strategies, whether pharmacological or psychological to face this problem. On this last perspective we present the first data of a psychological intervention program that follows the model proposed by E. Becoña (1993) in a cognitive-behavioral approach.

The treatment protocol follows three steps (evaluation, intervention and follow-up), being composed by 6 sessions of individual or group treatment and 4 sessions of follow-up. This treatment program was conducted by the Psychological Service in Pedro Hispano Hospital, in Matosinhos, Portugal.

The preliminary data presented here correspond to a sample of 107 persons. The ones who completed the treatment, 43% were abstinent at the end of the treatment and the others 57% reduced the cigarettes consume per day and the nicotine levels in a significative way.

The present data reveals the efficacy of this kind of multimodal intervention, that includes not only the physiological aspects of the smoking act, but also the behaviour and psychosocial dimensions of it. So, we consider important the spread and implementation of this kind of treatment facilities on community health services.

Key words: Tobacco, smoking cessation, cardiovascular risk factors, psychological intervention, non-pharmacological strategies.

ANEXO

