

O que provoca realmente a mudança nos fumadores? Algumas reflexões

MIGUEL TRIGO*

RESUMO

Com base num percurso pessoal, o texto apresenta dez reflexões sobre a prática clínica em desabituação tabágica: 1. Começa por se referir à complexidade e à importância desta problemática. 2. Depois, é realçada a força da dependência nicotínica, a qual é mantida, quer por um processo de auto-medicação, quer por determinantes sócio-demográficos. 3. Discute-se como poderá o fumador manter o seu sentido de coerência interna, ao envolver-se numa conduta auto-destrutiva. 4. Criticam-se as abordagens persuasivas e enfatizam-se os processos baseados na empatia e na pessoa. 5. Realça-se o papel da auto-eficácia e da auto-transcendência na consolidação da mudança. 6. Caracteriza-se a tomada de decisão como um processo marcado pela ambivalência e liberdade de escolha. 7. Define-se a motivação como um fenómeno dependente de competências pessoais e de um sentido existencial. 8. Sublinha-se a importância das interações verbais no movimento de mudança pessoal. 9. Apresentam-se os principais componentes dos programas para deixar de fumar e as principais dificuldades no seu manuseamento. 10. Finalmente, sublinha-se a pertinência de recorrer a várias técnicas e abordagens complementares no tratamento de fumadores.

Palavras Chave: Cessação de Hábitos Tabágicos, Dependência Nicotínica, Entrevista de Motivação, Aconselhamento, Estádios de Mudança, Processos de Mudança.

O DESAFIO DA MUDANÇA NA DESABITUAÇÃO TABÁGICA

A área da desabituação tabágica foi, durante bastante tempo, um domínio pouco investido. Contudo, o crescente reconhecimento da magnitude dos efeitos nefastos associados ao consumo de tabaco, considerado a principal causa de morbimortalidade evitável nos países industrializados^{1,2} terá, certamente, contribuído para recolocar o problema no seu correcto lugar. Na realidade, o tratamento de fumadores constitui não apenas uma das principais medidas preventivas em saúde pública, como também um desafio complexo que exige colaboração entre os

vários profissionais.

À medida que se contacta com fumadores, descobre-se que todos os desafios intrínsecos aos processos de mudança se encontram presentes nestas pessoas. Na verdade, surgem dificuldades acrescidas no manejo da desabituação tabágica. Muitos fumadores não reconhecem ter um problema de saúde, minimizando a importância da sua dependência, recusando a sua própria vulnerabilidade ou evocando exemplos de pessoas conhecidas que adoeceram sem nunca terem fumado, isto é, apresentando vários tipos de enviesamentos cognitivos (racionalização, negação, atenção e abstracção selectiva)³. Outros fumadores, apesar de pretenderem deixar de fumar, optam por não recorrer a qualquer ajuda especializada⁴. Há quem não esteja sequer receptivo a falar sobre o assunto e muitos fazem uma escolha pelo prazer, em detrimento da saúde. Na maior parte dos casos, trata-se de fumadores em fases de pré-contemplação que apresentam, não apenas falta de informação e indisponibilidade para reflectir sobre as consequências do tabagismo, mas principalmente fortes mecanismos de resistência e negação que evitam qualquer pensamento angustiante acerca das consequências negativas do seu comportamento⁵.

Igualmente difícil revela-se o acon-

*Psicólogo clínico.
Docente no Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
Consulta de Desabituação Tabágica do Centro de Saúde de Odivelas/Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas.

selhamento dos fumadores que, apesar de mostrarem abertura para alcançar maior controlo sobre o seu hábito, não efectuam mudanças reais. Nestes casos, é comum confrontarmo-nos com manifestações de intenção que esbarram em racionalizações e situações de vida que, embora compreensíveis, perpetuam comportamentos e impedem a pessoa de iniciar mudanças. Aquilo que se torna necessário nestas situações são acções concretas, isto é, opções por fazer, em vez de escolhas pela impossibilidade de agir. Curiosamente, mais de 90% dos fumadores debate-se com problemas desta natureza, situando-se em estádios de pré-contemplação (59,1%) ou contemplação crónica (33,2%)⁶.

O BRAÇO FÉRREO DA DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA

A decisão de parar de fumar não constitui uma escolha dicotómica. Resulta de um processo contínuo e complexo, marcado por recuos e avanços, ambivalência e decisões, receios e actos de coragem. Parte significativa desta tomada de decisão não depende sequer de argumentos racionais, mas de circuitos cognitivos irracionais e de desejos/angústias inconscientes. Por outro lado, os fumadores utilizam os cigarros como fonte de prazer e/ou mecanismo para auto-regulação dos estados emocionais, sendo bem conhecido o efeito bifásico da nicotina (activação – estimulação *vs.* desactivação – sedação)⁷.

No caso dos fumadores mais pesados, a resposta do organismo à privação da nicotina constitui mais um obstáculo difícil de superar e, de facto, são muitos os que fumam um cigarro imediatamente após o acordar. Nestes casos, não se trata apenas da necessidade de repor os níveis de nicotina no organismo, mas também de procurar o efeito sedativo que protege o fumador de sen-

tir o desconforto físico da privação. Assim, contrariamente à crença mais comum nos fumadores, fumar pode provocar stresse, desconforto e afectividade negativa^{8,9}. Poderíamos também recordar as reacções dos fumadores quando lhes perguntamos – *o que sente se de repente ficar sem cigarros?* O mais habitual é termos uma resposta do género – *nunca deixo os cigarros acabar!* É como se um estado de completa desorientação, regressão e desespero se abatesse sobre o fumador na eventualidade de não poder contar com o apoio dos cigarros, ainda que só por algum tempo. A gravidade dos comportamentos de dependência é tal que um jogador patológico, que também fumava, me dizia – *gosto mais do jogo e do Casino que da minha família ou da minha casa. Isto é uma aberração, não é?*

Na realidade, a gestão da síndrome de abstinência é intuitiva e pouco consciente ou reconhecida pelos fumadores, ao passo que é frequente ouvir argumentos hedonistas como – *«fumar é agradável», «relaxante»* ou *«ajuda a concentrar»*. Quando confrontados com o potencial efeito ansiogénico da nicotina, muitos fumadores, um pouco admirados, acabam por reformular a sua convicção benigna de que fumar promove estados emocionais positivos ou que ajuda a lidar com o stresse. Na realidade, parte desse stresse é induzido precisamente pelo facto de a pessoa fumar, criando-se assim um duplo circuito de manutenção da conduta (efeito bifásico e gestão da abstinência) que culmina num ritual de auto-medicação (ver Figura 1).

Nem tudo, porém, está dentro do fumador, existindo outros condicionalismos importantes, como os factores sociais, étnicos ou económicos¹⁰. Sabe-se, por exemplo, que a prevalência do tabagismo é maior entre as pessoas de classes sócio-económicas desfavorecidas, comparativamente às mais favorecidas (40% *vs.* 12%), uma vez que o de-

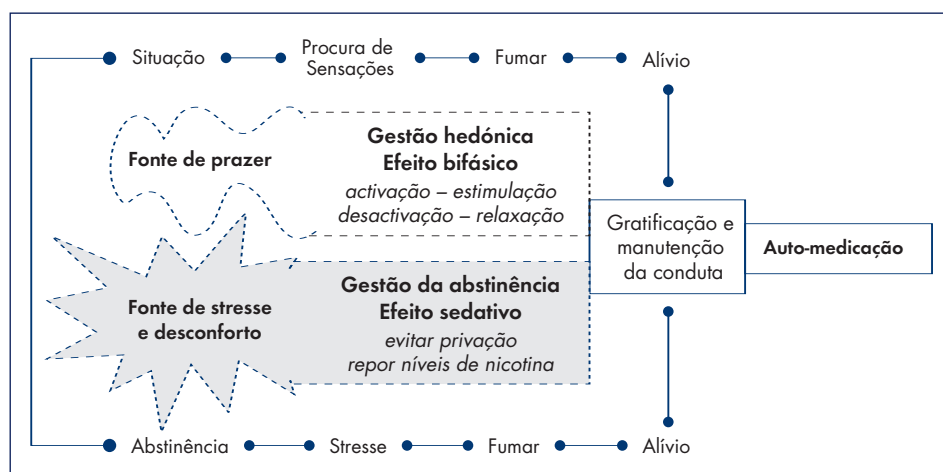


Figura 1. Duplo circuito de manutenção da conduta de fumar.

A parte a cinzento refere-se a um efeito negativo da nicotina que geralmente não é reconhecido pelos fumadores.

clínio de fumadores tem ocorrido essencialmente nas classes mais diferenciadas¹¹. Variáveis sócio-demográficas também surgem associadas ao hábito de fumar, nomeadamente a idade e o género. Dados da versão portuguesa do CINDI que acompanham a literatura internacional, encontram diferenças na prevalência do tabagismo entre homens e mulheres, nas faixas etárias dos 15-24 anos de idade (36,5% vs. 31,1%) e dos 55-64 anos (33,9% vs. 0,0%), embora o número de homens que deixaram de fumar tenha aumentado, tal como o número de mulheres que começaram a fumar¹².

COMO PODEM OS FUMADORES ATENTAR CONTRA SI?

Apesar de reconhecermos a força que a dependência nicotínica exerce, através da longa e distorcida aprendizagem a que os fumadores se submetem, pelo sistema de auto-gratificações que se instituiu ou pela necessidade de manter os níveis de nicotina no organismo, não deixa de ser surpreendente como as pessoas se envolvem e mantêm num processo auto-destrutivo, inalando

mais de 4.000 substâncias nocivas para o organismo^{13,14}. Embora algumas dessas substâncias sejam desconhecidas do grande público, os fumadores sabem que os cigarros contêm alcatrão, nicotina, monóxido de carbono ou cianeto. Ao atentar contra o «código existencial», o acto de fumar desafia as clássicas concepções acerca do «instinto de sobrevivência», da «luta pela existência» ou da «selecção dos caracteres mais aptos»¹⁵. Por outro lado, não deixará também de causar perplexidade que a mesma entidade que exige a colocação de avisos como «*Fumar mata*» ou «*Fumar pode provocar morte lenta e dolorosa*»¹⁶, permita simultaneamente a venda desse veneno em máquinas automáticas de livre acesso, 24 horas por dia, arrecadando 80% de impostos sobre a venda do produto¹⁷. Que parcela deste montante será reinvestida em prevenção ou no tratamento de fumadores?

Apesar de tudo, cada fumador tem a possibilidade de optar pela saúde, não fumando ou pela doença, fumando. Viktor Frankl, na arrebatadora descrição da sua estadia num campo de concentração nazi, coloca o problema da escolha entre a condenação à morte e a sobrevivência de forma pragmática: (...)

doze cigarros valiam doze sopas e doze sopas realmente significavam muitas vezes a salvação da morte por inanição, durante pelo menos duas semanas. (...) Quando um colega começava a fumar os seus poucos cigarros, já sabíamos que havia perdido a esperança de poder continuar (p. 18)¹⁸. Nesta situação limite, na qual se encontram muitos doentes crónicos com hábitos tabágicos (cardíacos, oncológicos e respiratórios), o que está em causa é simplesmente a alternativa entre a vida e a morte. Como pode então o Homem deixar voluntariamente em risco a sua integridade, negligenciando os sinais de perigo e alarme? Talvez seja prudente encarar esta questão acrescentando duas reflexões complementares:

- **O mistério da saúde.** O curso da existência não é linear, consistindo um jogo de trocas, cedências e soluções de compromisso que nem sempre ocorrem em função do que é ou não saudável. Por seu turno, a própria saúde resulta de um equilíbrio precário que depende de múltiplas medidas de contrapeso, ainda que algumas delas ameacem o seu próprio equilíbrio¹⁹. Deste ponto de vista torna-se particularmente misterioso como é que as pessoas conservam a sua saúde, resistindo às agressões do meio e à fatalidade da doença²⁰. De facto, as medidas de compensação que adoptamos são variadas e a sua natureza pode ser benigna (praticar desporto, ter um passatempo, ler, sair de fim-de-semana, fazer jardinagem, estar com amigos) ou potencialmente perniciosas quando utilizadas sem flexibilidade e equilíbrio (comer em excesso, beber álcool, usar drogas, fumar, jogar compulsivamente, trabalhar em excesso, viver em stresse constante). Georges Canguilhem, citando Nélaton, ilustra de forma curiosa o sentido hedónico e normativo que o comportamento patológico pode assumir: (...) *É raro que o membro se conserve normalmente em posição recta. Com efeito, para acalmar*

as suas dores, os doentes colocam-se instintivamente numa posição intermédia entre a flexão e a extensão que faz com que os músculos exerçam menos pressão sobre as superfícies articulares (p. 146)²¹. Num sentido figurado, as «posições psicológicas intermédias» funcionam como antídotos que ajudam a acalmar a dor e o sofrimento que a existência provoca. Muitos destes estilos de vida e comportamentos compensatórios não têm uma natureza eminentemente patológica. Qualquer adulto terá já tomado bebidas alcoólicas em ocasiões festivas, fumado um charuto em dias especiais ou comido em excesso um prato da sua predilecção. Então, isto quer dizer que condutas deste tipo oscilam num contínuo entre a saúde e a doença. O seu aspecto nefasto surge associado à duração, intensidade e natureza inevitável ou insubstituível da conduta em causa.

- **O duplo nó psicológico.** Precisamente entre os fumadores regulares ocorre uma combinação comum às dependências, ou seja, a procura de gratificação imediata e o adiamento das consequências negativas²². Entretanto, para se protegerem do confronto com o paradoxo de fumar – *escolha por um prazer que provoca dependência mortal*, muitos fumadores fazem como que um «duplo nó psicológico». No primeiro nó, a pessoa nega que fumar seja auto-destrutivo (não pensa sobre isso, acha-se diferente dos outros, invoca a sua saúde ou o facto de ser jovem). Este movimento que visa manter intacto o sentido de coerência interna, começa por anular a ansiedade e a culpa que resultaria da dissonância entre a sua conduta auto-destrutiva e o medo de morrer. O segundo nó, ao negar a dependência, consolida a opção de fumar (valorização do prazer e da liberdade de escolha, referência à capacidade de controlar a dependência), promovendo a percepção de controlo sobre a conduta. Deste modo, o fumador dissipa as inquietações

sobre o paradoxo de fumar. Esta é a mentira por excelência, porque se nega ver aquilo que é evidente, é não querer ver o que se vê. Pouco importa se a mentira foi dita perante testemunhas ou não. A mentira mais frequente é a que cada qual diz a si próprio²³. Assim, qualquer atitude de excessivo confronto que vise remover esta «catarata psicológica», irá desencadear irritação no fumador que, na realidade, vai buscar a sua energia à ansiedade anulada e à angústia de morte negada (ver Figura 2). Pascal afirmava que os homens, não tendo podido debelar a morte, acharam melhor não pensar, para serem felizes. Esta é a atitude que recua perante a consideração da sua própria condição e que procura por todas as formas distrair-se dela²⁴.

INTERVENÇÕES DE EFEITO BOOMERANG E O MODELO DA CONCHA

A questão que, então, se colocou foi a de saber o que poderia promover a mudança destas pessoas. A primeira tentativa foi encetar terapias de confronto, recorrendo a argumentos de autoridade técnico-científica, persuadindo activamente e usando as intimidantes estatísticas vitais. Invariavelmente, o

resultado revelou-se infrutífero, algumas vezes criando a ilusão momentânea de ter convencido alguém a agir em seu benefício, outras vezes deixando a sensação de ter saído de uma contenda verbal frustrante. Na maior parte destas situações, ocorre um efeito de *boomerang*, uma vez que os argumentos apresentados são de tal forma discrepantes da intenção e sistema de crenças do fumador que apenas reforçam a sua opção, provocando ansiedade e vontade de fumar²⁵.

Reflectindo sobre essas abordagens reconheço o receio que sentia de não ser suficientemente útil ou capaz de prestar ajuda. Como em qualquer processo de mudança, os desejos onnipotentes do terapeuta apenas geram no cliente dependência, passividade, não responsabilização pela mudança ou mesmo abandono do tratamento. O fumador acaba por responder espontaneamente a este movimento de «objectificação»*, «objectificando» o intruso através de atitudes de resistência e respostas padronizadas (contra-argumentar, interromper, negar, ignorar). É uma questão de «objectificar-ou-ser-objectificado»

*Entendemos por «objectificação», um modelo de intervenção centrado no saber do técnico que se impõe ao cliente e não se amolda a este.

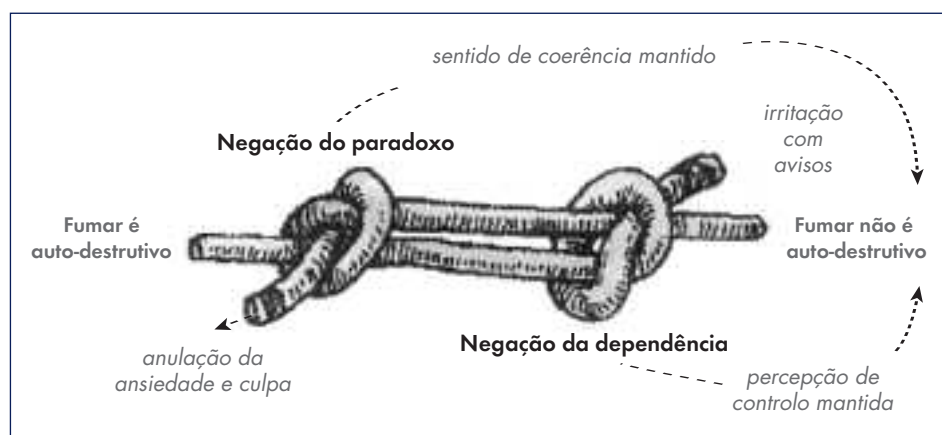


Figura 2. Modelo do duplo nó psicológico.

que encerra no seu âmago a liberdade de escolha entre *ser em função de mim* (autenticidade) ou *ser o querer do outro* (inautenticidade)²⁶. Ora, o centro nunca poderá ser o clínico, mas sim o cliente. A transformação genuína não é imposta, mas intrínseca, resultando da prontidão interna, da vontade profunda e de um sentimento de competência pessoal. Curiosamente, quando forçada a mudança foge, mas pode emergir por entre a compartilha estabelecida entre o clínico e a pessoa²⁷.

Uma imagem ilustrativa é a reacção de uma concha. Se forçarmos a sua abertura, tentando introduzir-lhe qualquer objecto, imediatamente ela se fecha e o acesso ao seu interior só poderá acontecer após uma crueldade. Trata-se de uma reacção de defesa, marcada pela resistência e stresse face a uma pressão ameaçadora. De forma inversa, se soubermos esperar, acompanhando e compreendendo a concha a partir do seu meio ambiente, podemos observar como ela, ao sentir-se em segurança, naturalmente se abre, num processo de harmoniosa interacção (ver Figura 3). Esta metáfora descreve duas abordagens diametralmente opostas perante o aconselhamento: uma persuasiva, ameaçadora e incorrecta e a outra motivacional, baseada na compreensão e na transformação genuína.

PROXIMIDADE, AUTO-DISTANCIAMENTO E TRANSCENDÊNCIA

Estas constatações têm-me levado a procurar caminhos diferentes. Foi fundamental compreender que os processos de transformação pessoal assentam na qualidade da relação estabelecida. Em primeiro lugar é necessária a proximidade, através da compreensão dos significados do mundo alheio e da sua aceitação incondicional²⁸. Depois, é necessário o distanciamento suficiente, não só para reconhecer focos susceptíveis de criar dissonância entre o actual comportamento do fumador e o desejo de atingir objectivos pessoais relevantes (evitar condições de doença crónica, melhorar a qualidade de vida, planear uma gravidez, ver os netos crescer), mas também para promover a avaliação dos prós e contras inerentes às várias tomadas de decisão. Neste vaivém, revela-se sempre particularmente difícil não cair na malha dos contra-argumentos (*sim, mas,...*) ou embater no muro da resistência. O equilíbrio entre a escuta activa e a fala dirigida à mudança é precário. Igualmente difícil para o terapeuta é a gestão dos seus sentimentos de frustração e onnipotência perante a recaída do fumador ou a falta de adesão ao tratamento por

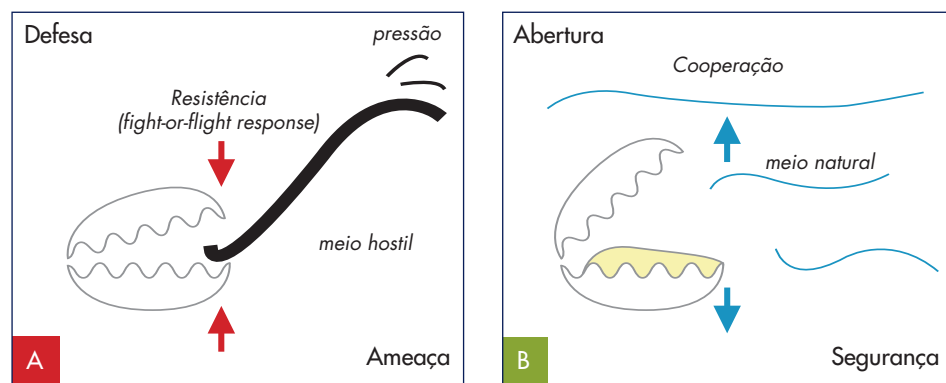


Figura 3. Modelo da concha em aconselhamento. **Desenho A:** Abordagem persuasiva. **Desenho B:** Abordagem motivacional.



Figura 4. «Saber levar a dependência».

Desenho 1: Estratégia incorrecta. **Desenho 2:** Estratégia correcta.

parte de um doente para quem seria vital parar de fumar. Em qualquer dos casos será útil uma boa dose de confiança em si, tolerância à frustração e, mais uma vez, capacidade de se manter envolvido com distanciamento.

A proximidade certa do terapeuta relativamente ao fumador levanta uma outra questão que é o auto-distanciamento do fumador em relação à sua própria conduta. Sabemos que existem diversas cognições, estados emocionais e situações a desencadear o desejo e a urgência de fumar, ou seja, a necessidade de gratificação imediata. Enquanto o desejo se reporta ao querer experimentar determinada situação de forma intensa e obsessiva, a urgência liga-se ao acto ou à compulsão que visa aliviar a tensão sentida. O desejo e a urgência tendem a desencadear-se de forma automática e inevitável face a variadas situações («tenho» de fumar...). Porém, quanto maior for o intervalo entre o aparecimento do desejo e a urgência de agir, maior o auto-controlo, a capacidade para adiar a gratificação e a possibilidade de escolher comportamentos alternativos, diminuindo também o comportamento impulsivo³. Lembremos que ao fumador não interessa combater directamente estes obstáculos, mas antes compensar a mecanização mão-boca através de soluções criativas

simples e eficazes que vençam a dependência (ver Figura 4). À medida que o fumador reaprende a distanciar-se da dependência, a confiança, a auto-estima e a auto-eficácia aumentam e, conseqüentemente, a probabilidade de se libertar da nicotina²⁹. Assim, o sentimento de poder desperta, através da superação das resistências e da mutação dos velhos valores acerca do que a pessoa é, ou não, capaz de fazer²³.

Importa, pois, criar sistemas de auto-monitorização capazes, não só de identificar antecipadamente estados emocionais (positivos ou negativos) e contextos sociais que desencadeiem desejo (auto-observação), mas também promover um diálogo interno que sustenha a reactividade emocional, a expectativa de gratificação e o impulso para a acção (auto-controlo). Inspirados no trabalho de Powell³⁰ sobre o controlo da reactividade emocional, introduzimos duas metáforas – o anzol e a lâmpada. O objectivo desta técnica é substituir uma atitude de reactividade, por outra de resistência ao stresse. Assim, a imagem do anzol serve para representar as situações de risco, sugerindo-se à pessoa que passe a pensar nelas como se de um anzol se tratasse, desvalorizando o acontecimento em si. Desta forma substitui-se o carácter provocador ou tentador da situação real, por uma

conotação neutra de perigo e risco. Por seu turno, a imagem da lâmpada visa mobilizar respostas defensivas e de contenção imediata, alternativas ao comportamento a evitar. Ao inverter a expectativa de gratificação (*querer fumar*), pela consciência do risco (*anzol – fumar é perigoso*), a pessoa desactiva o desejo, reinvestindo estilos de vida saudáveis e equilibrados (lâmpada). Utilizamos estas metáforas integradas numa análise funcional do comportamento mais alargada, designada por técnica ABC(DE) (*Activating events, Beliefs, Consequences, Dispute beliefs, Effective thinking*)¹⁰. Aqui o anzol representa o A e a lâmpada o E, isto é, os dois extremos do acrónimo, os desencadeantes da reactividade e as respostas de controlo que estarão na base do auto-distanciamento.

Paralelamente ao auto-distanciamento psicológico, interessa que o fumador seja capaz de transcender os seus receios, dirigindo a sua atenção para metas mais profundas e ricas de sentido existencial. Para isso é necessário que a conversa conduza à confrontação da pessoa com as suas necessidades espirituais e existenciais³¹. Trata-se de alimentar a saudável tensão entre aquilo que já se alcançou e o que ainda deverá ser alcançado, promovendo-se a auto-realização enquanto resultado de um processo contínuo de transcendência pessoal¹⁸. Este facto suscita-me uma analogia com um turista curioso. À medida que ele se aproxima de um importante monumento, cresce em si a excitação pela imponente obra e quando muito próximo ele pode contemplar os seus pormenores, perdendo contudo a capacidade de o abarcar por completo no seu campo visual. Ao distanciar-se novamente, readquire a perspectiva global e o enquadramento em que ele se situa. Mais tarde recordará alguns dos seus aspectos e o impacto que lhe causou. Pode também compará-lo com outros

monumentos e atribuir-lhe um valor relativo. Esta imagem é semelhante ao que ocorre durante o processo de desabituação tabágica, o qual inclui um momento de *expectativa* em relação à cessação, de *confronto* directo com a situação de deixar de fumar, na qual se vê completamente envolvido e, gradualmente, de *superação*, distanciamento, relativização e crescimento a partir dessa experiência.

OS FENÓMENOS INTERNOS DA TOMADA DE DECISÃO

Estas abordagens em desabituação tabágica também não constituem uma solução mágica. Depois da consulta, muitos fumadores mantêm a opção de fumar. Contudo, em certos casos, a semente da mudança ficou implantada no fumador. É como se parte da actividade do clínico passasse pela função de arar e semear o inconsciente³². Há mudanças que não são comportamentais ou visíveis, mas envolvem avanços na intenção de tomar decisões e que resultam de processos de amadurecimento imperceptíveis. O fumador não decide de uma só vez, vai decidindo à medida que acumula aprendizagens e sofre influências do meio social, até essa intenção assumir os contornos de um objectivo conscientemente reconhecido. Porém, ao tornar-se consciente, a pessoa fica iludida de que a sua decisão ocorreu nesse momento, como se de um processo binário e concreto se tratasse. Na realidade, muitos dos progressos que entretanto se tornam conscientes não podem ser avaliados segundo o princípio do «tudo-ou-nada», uma vez que resultam de transformações subtis, como a diminuição do número de cigarros fumados, fumar só ao fim-de-semana ou fazer apenas duas ou três inalações em cada cigarro³³.

Importa, porém, reconhecer que existem decisões impulsivas e imprevisíveis

de índole mais comportamental do que racional (*acting outs*). Estes impulsos para diante que não decorrem de uma prontidão real, geralmente envolvem pouca determinação, estando condenados ao fracasso²². Um caso diferente de corte radical com os hábitos prévios refere-se às situações que envolvem ameaças graves à saúde e identidade do fumador, como é o caso do enfarte do miocárdio³⁴. Em rigor, estas condições de sofrimento suscitam interrogações profundas sobre o sentido da vida e investem o indivíduo de um tal espírito de missão que até os maiores desafios parecem pequenas etapas, num movimento de auto-transcendência³¹. Ao transformar as condições de sofrimento em oportunidades de crescimento, as pessoas compreendem que não são apenas elas a esperar algo da vida, mas que a própria vida espera algo delas¹⁸, ou seja, a não rendição e a busca de alternativas.

Note-se que muitas destas mudanças súbitas não são genuínas, resultando antes de um medo profundo que suscita a fuga para a frente. Há algum tempo confidenciava-me uma doente com enfisema e história de ventilação mecânica, um pouco perplexa consigo – *vou contar-lhe um segredo. O senhor é psicólogo, talvez me compreenda... Se eu pudesse fazer um transplante do pulmão, continuava a fumar. Só parei porque tenho pavor de ficar outra vez entubada!* A doente deixara de fumar, mas psicologicamente mantinha-se fumadora. É o paradoxo entre o desejo e a realidade. Para o desejo, o ideal é fumar e ser saudável, mas, no plano da realidade, apenas uma das alternativas é possível; *ou fumar e prejudicar a saúde ou proteger a saúde e parar de fumar*. Isto lembra o dilema sugerido por Paul Watzlawick *et al.*, não é possível *comer o bolo e conservá-lo ao mesmo tempo* (p. 195)³⁵. Um outro fumador muito dependente (80 cigarros por dia) respondeu-me, quando lhe sugeri mudar de mar-

ca de cigarros, para começar o processo de redução gradual: *mas eu não gosto desses cigarros, prefiro os que fumo agora*. O pedido era claro e até habitual em processos psicoterapêuticos, *mude-me sem eu ter de mudar nada*. O jovem, que parecia inclusivamente esquecer que procurara ajuda para deixar de fumar, apresentava não apenas uma forte dependência, como se encontrava numa fase muito inicial do seu processo de motivação e mudança.

Em outras ocasiões acontece o oposto daquilo que descrevíamos. Os fumadores surgem de tal modo investidos de dinamismo e empenho que, entre a sessão de avaliação e a primeira consulta de tratamento, deixaram de fumar, antes mesmo de ter sido discutida uma data de paragem. Nestes casos, o que faltava era uma cumplicidade capaz de despoletar a acção final (parar de fumar), uma vez que a genuína tomada de decisão ocorrera previamente à procura de ajuda. Aqui o que conta é o testemunho compartilhado da mudança, a responsabilização daí resultante²⁷ e o significado dessa experiência³⁶. A partir desse momento, a autoria do projecto de não fumar tornou-se pública porque foi *assistida* pelo clínico e por aqueles que são significativos (família e amigos), mas também singular porque pertence à esfera das vivências de cada um dos intervenientes. Ao fazer a sua escolha, o ex-fumador implica os outros na decisão (cônjuge, filhos, familiares, amigos, sociedade), não apenas pelo compromisso que com eles assume, mas pelas implicações que essa mudança acarreta (provocar a decisão de deixar de fumar em outros familiares ou amigos, evitar ser um modelo de iniciação ao tabaco, deixar de contribuir para o tabagismo passivo, aumentar a disponibilidade financeira, ser motivo de orgulho e satisfação para a família). É nestes momentos que a solidão da vida se ilumina pela presença dos outros.

Os processos de tomada de decisão

não se cingem ao período inicial da desabituação tabágica (acção), mas prolongam-se pela fase de manutenção (entre os seis meses e cinco anos após parar) e terminação (tentação zero e 100% de auto-eficácia)³⁷. As escolhas feitas nesta altura podem reforçar a decisão de parar ou aproximar a pessoa do retrocesso. São bem conhecidos os esquemas cognitivos envolvidos na recaída, em particular a «visão em túnel» (antecipação da gratificação, imperativos orientados para o alívio, crenças permissivas)³, mas também o *efeito de violação da abstinência* (EVA)²².

Nos casos da «visão em túnel» e do EVA, estão em causa processos de decisão geralmente marcados quer pelo carácter de imposição decorrente de aprendizagens muito profundas («visão em túnel» – *tenho de fumar, é mais forte que eu, não consigo resistir mais*), quer pela culpabilização e raciocínio dicotómico (EVA – *não valho nada, voltei a fumar*). Em ambos os fenómenos estamos perante uma postura passiva e indefesa, dominada por expectativas negativas em relação ao sucesso da recuperação que camuflam o facto de a pessoa ser verdadeiramente livre e responsável pelas suas escolhas. Ao invocar a força de vontade, o fumador torna mais fácil desvincular-se, quer do compromisso que livremente aceitou de não fumar, quer de assumir que a sua decisão oscilou ao ter fumado. Todavia, a decisão de fumar, ou não fumar, não depende da força de vontade, como se de uma entidade externa se tratasse, mas da pessoa que a cada momento pode voltar a fazer outras escolhas e mudar (curva em U), inclusivamente tornar-se fumador outra vez.

Um exemplo hilariante dos estratagemas mentais envolvidos na recaída é descrito por Dryden, ao citar o caso da Senhora Jones, uma mulher diabética que não resistira a comer um cremoso bolo: *Racionalmente sei que não devo comer bolos, mas não tenho força de von-*

*tade. (...) Bem, eu fui às compras. Sabia exactamente o que queria e onde ir para as arranjar mas, veja só, tinha-se esgotado aquilo que precisava. Para me animar pensei que podia tomar um café. Sei que tenho um fraco por bolos, então resolvi tomar só o café. Mas quando vi aquele bolo com creme,... bem, eu sei que isto vai parecer cómico, mas o creme fez-me comê-lo (tradução livre, p. 1)*³⁸. Embora racionalizadas e denegadas, podem-se aqui reconhecer várias «mini-decisões» ou decisões aparentemente irrelevantes²² que acabam por sabotar o compromisso de não comer doces, bem como falhas na identificação dos alertas e consequente inoperância das manobras de evitamento ou *bypass* à situação de risco.

Sem dúvida que o ser humano é finito e a sua liberdade restrita. Porém, não se trata de estar livre de factores condicionantes, mas sim da liberdade de tomar uma posição frente aos condicionamentos, ou ceder ou resistir. Uma vez que estamos constantemente colocados perante «bifurcações existenciais» (pontos Y) nas quais se jogam caminhos diferentes, será mais correcto encarar o hábito de fumar como uma coisa que se *faz* e não como algo que se *é*. Assim, apesar das situações nascerem do meio ambiente, é o indivíduo quem aproveita ou perde essas oportunidades, através das quais ele se decide³⁹. Sempre e em toda a parte, a pessoa está colocada diante da decisão de transformar a sua situação numa realização interior de valores e cada um é insubstituível nesse papel¹⁸. Para o fumador, cada decisão depende das competências adquiridas, do nível de compromisso com a mudança, das expectativas em relação ao resultado e daquilo que é autenticamente significativo para ele. Até que ponto deixar de fumar é importante? A pessoa deixa de fumar porque está na moda? Porque o seu médico aconselhou? Por ser um objectivo pessoal? Por todas estas razões? Colocamo-nos aqui

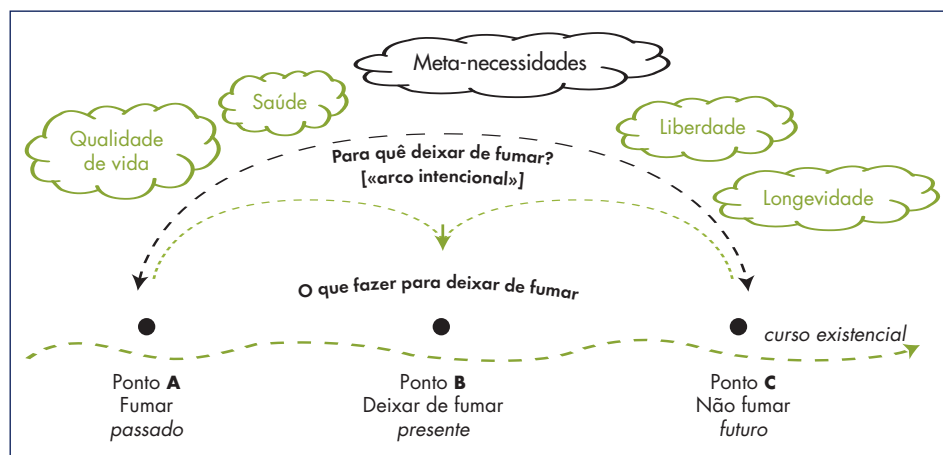


Figura 5. Duas faces da motivação – *O quê? Para quê?*

ao nível das motivações profundas – *para quê deixar de fumar?*

FUMAR OU NÃO FUMAR... EIS A MOTIVAÇÃO!

Deixar os cigarros é uma das decisões mais importantes e difíceis de tomar na vida⁴⁰. Não fumar implica rejeitar uma gratificação imediata e certa, por um sofrimento que se vislumbra longo e penoso. O medo da dor, ainda que da dor infinitamente pequena, tende a acabar na piedade de si²³. Como pode então a pessoa lançar-se neste caminho incerto que exige abandonar um companheiro de tão longa data – o cigarro? Certamente que a motivação desempenha aqui um papel chave. Porém, compreender a motivação é uma tarefa complexa que envolve procurar os significados pessoais capazes de fazer a pessoa mover-se. É comum misturar inadvertidamente *o que* é necessário fazer para atingir um objectivo (os meios), com o *para quê* desse movimento (significado existencial). Ambas as dimensões são importantes, constituindo faces de uma mesma moeda – a motivação. A relação que cada uma das questões mantém com o horizonte tem-

poral, porém, é distinta. Enquanto a pergunta *o quê?* se relaciona preferencialmente com o presente, *o para quê?* estabelece um «arco intencional» entre o passado e o futuro que confere sentido ao momento actual, isto é, à situação (ver Figura 5).

O que é necessário para deixar de fumar? Para deixar de fumar é útil um nível elevado de estoicismo, mas isso não chega. Muitos fumadores cheios de força de vontade cedem ao desejo, quer perante adversidades e circunstâncias quotidianas, quer como meio de evitar o desconforto dos sintomas de privação. O contacto com ex-fumadores bem sucedidos ensina-nos que muitos deles procuram soluções criativas para enfrentar os momentos difíceis, beneficiando das aprendizagens acumuladas em tentativas anteriores. Normalmente, a abstinência total surge após vários lapsos e recaídas²². Assim, a indução e a manutenção dos níveis de motivação para mudar dependem de factores diversos como o sentimento de competência e controlo pessoal²⁹, tolerância à frustração⁴¹, controlo do impulso²² ou o planeamento de comportamentos substitutos do ritual mão-boca. Em boa medida está aqui em causa o nível de *confiança* pessoal para empreender es-

tas mudanças.

Para quê deixar de fumar? A motivação não resulta apenas de um elevado sentimento de *confiança*, mas também por uma percepção consistente acerca da *importância* da mudança a operar⁴². Na prática clínica, é comum observar diferentes combinações destes dois determinantes, por exemplo quando se abordam fumadores que confiam nas suas capacidades, mas não consideram importante parar ou o inverso. De facto, o balanço destas forças faz-se num eixo longitudinal de meta-necessidades, valores e aspirações diferenciadas (saúde, liberdade, longevidade, qualidade de vida)⁴³ que se orientam em direcção à auto-realização do ser⁴⁴. Este plano, que transcende largamente o presente ou a gratificação imediata, põe em contacto *quem eu fui* (história pessoal), com o *que pretendo ser ou fazer de mim* (projecto pessoal). É este «arco intencional» que confere significado ontológico à motivação e à praxis, neste caso, *para quê* (ontologia) *deixar de fumar* (praxis)? Para a fenomenologia, este processo de significação que não ocorre num tempo ou espaço objectivo chama-se *intencionalidade*⁴⁵.

De facto, o motivo fundamental da existência humana é a «vontade de sentido»¹⁸, a procura de um ponto elevado colocado no futuro, em função do qual viver. A expectativa de acompanhar alguém durante a vida (enquanto filho, marido, pai, avô ou amigo), de não sofrer uma doença, de viver mais anos ou a tentativa de aconchegar a angústia de morte, zelando pela saúde, serão certamente respostas importantes do ponto de vista existencial. A este propósito citamos um caso clínico descrito por Irvin Yalom em que, apoiado por um colega, pretendia ajudar Marie a parar de fumar. Partindo de três valores importantes para Marie – o facto de ela querer viver, de precisar do seu corpo para viver e dos cigarros serem veneno para o seu corpo – os terapeutas sugerem-

-lhe a seguinte imagem: *Pense no seu cão ou, se não tem nenhum, imagine um cão muito estimado. Agora imagine latas de comida de cão com rótulos que dizem «veneno». Você não iria alimentar o cão com comida para cães envenenada, não é verdade? (...) Então, por que não tratar o seu corpo tão bem como trataria o seu cão?* (tradução livre, p. 164)⁴⁶. Penso que a imagem fala por si, *para quê fumar?*

FALAR AJUDA A MUDAR

Interrogo-me frequentemente sobre o que as pessoas são capazes de fazer por si e sobre o que realmente fazemos com as pessoas nos processos de aconselhamento. A este propósito surgem-me duas ideias. Primeiro, um pensamento de Pascal que realça o carácter misterioso e imprevisível da natureza: *Os segredos da natureza estão ocultos; se bem que ela actue sempre, nem sempre se lhe descobrem os efeitos*²⁴. Relativamente ao aconselhamento ele pode, de facto, suscitar «efeitos caleidoscópicos» inesperados, abrindo o leque existencial de escolhas e o caminho da auto-descoberta. Porém, existe aqui uma dimensão inesperada ou desconhecida, uma força ou impulso que pertence à criatividade, à imaginação que felizmente não é, nem controlável, nem domável.

O segundo pensamento que me ocorre refere-se ao comentário de um ex-fumador – *fumei durante toda a vida mais de um maço de cigarros* (há já cerca de 40 anos). *Se alguém me dissesse que devia parar de fumar, ria-me na cara dele. Há cerca de um ano, tomei a decisão que chegava de me matar! Agarrei no maço e deitei-o fora. Não me pergunte, porque não sei dizer como nem porquê, mas parei de um dia para o outro.* É evidente que coexistem neste caso dois registos, por um lado, ocorreram processamentos lineares e conscientes, por outro, processamentos subliminares e

não conscientes que se dirigiram às informações que lhe criavam dissonância cognitiva. Estas, por seu turno, continuaram a criar tensão no indivíduo, mesmo sem ele ter consciência disso, conduzindo-o a restaurar o sentimento de bem-estar e segurança, parando de fumar⁴⁷. Aqui podemos de facto assistir ao que as pessoas são capazes de fazer por si próprias e ao poder intemporal das palavras.

Embora a mudança possa ocorrer a todo o momento, ela assenta frequentemente em interações, conversas ou trocas comuns e mundanas, mas que têm capacidade para abrir o discurso ao outro, apontando direcções, ajudando a filtrar sentidos e criando esboços de novos modos de estar-no-mundo³⁶. Um dos avanços recentes no estudo da cognição foi precisamente redescobrir o papel do senso comum. Sabemos que uma das nossas faculdades mais importantes é a de nos interrogarmos em cada momento da nossa vida. Estas interrogações não são predefinidas, mas emergem de um pano de fundo, segundo critérios ditados pelo bom-senso e pelo contexto⁴⁸. Na realidade, existe uma proximidade entre «acção» e «actor» que sublinha o processo circular, no aqui-e-agora, do fenómeno interpretativo (acção → actor → contexto → interpretação → saber → acção). Assim, todo o saber sobre si se converte em objecto de um novo saber, num movimento contínuo de reflexão e auto-consciência que transforma a própria realidade⁴⁹. No lugar do sujeito solitário e isolado em si, surge a comunicação, a acção e o mundo, através dos quais vivem as operações cognitivas, marcadas pelo seu carácter inter-subjectivo e cooperativo⁵⁰. Os pensamentos fluem através do diálogo e as conversas que a pessoa mantém moldam o que ela pensa. Ao dizer «eu quero», «vou fazer» ou «prometo» não só afirmo algo, como comunico as minhas intenções, colocando-me sob o compromisso de fazer o que disse³⁶.

Passámos, pois, do pensamento à verbalização, o que constitui uma acção (acto ilocutório) e um compromisso com o futuro.

Desta maneira compreende-se que um fumador, sem intenção de parar de fumar, ao fim de alguns minutos de conversa, possa deslocar-se de uma posição de pré-contemplação ou contemplação para um estágio de acção. Lembro-me de um fumador idoso que começou a sua consulta dizendo-me que apenas queria um medicamento que o *fizesse deixar de fumar* e não estava nada interessado no «blá, blá», nem queria assistir a «palestras». Após conversarmos acerca das suas necessidades e expectativas, acabou por aceitar que o tratamento e o *pharmakon* («remédio») teriam de passar por si, prontificando-se a participar no programa de seis semanas. Devemos fazer duas ressalvas. Em primeiro lugar, as falas dirigidas à mudança precisam de uma direcção precisa, capaz de ultrapassar a malha de argumentos defensivos e irracionais («nunca», «sempre», «tenho de», «não posso», «é mais forte que eu», «é inevitável», «sim, mas...»), desvelando assim as motivações profundas que alimentam essas crenças e receios. Em segundo lugar, e num sentido oposto ao primeiro, importa reconhecer que o entendimento, a reflexão e a mudança não têm sempre um carácter linguístico. A compreensão muda e silenciosa, o acordo tácito, a solidariedade ou o *insight* são também modos profundos e íntimos de compreensão⁴⁹.

Quanto ao fumador, ele está ali de facto. É concreto, tem a sua história, as suas razões para procurar ajuda, convicções próprias, diversos sentimentos, muitas hesitações, comportamentos observáveis, designadamente o tabágico, expectativas em relação ao futuro e um universo de reacções frente à pessoa do terapeuta. Enfim, é uma pessoa, um *ser* singular. Da nossa parte sabemos o que nos é pedido (ajuda para

QUADRO I

AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA E MOTIVAÇÃO

Nível de dependência nicotínica	Fumador pesado
Quantos cigarros fuma por dia?	≥ 20 cpd
Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?	≤ 30 minutos
Concentração de monóxido de carbono.	CO ≥ 10 ppm
Motivação para deixar de fumar (pontuação entre 0-10)	Motivação alta
Até que ponto é importante para si deixar de fumar?	10
Até que ponto tem confiança em conseguir parar de fumar?	10

CO = Monóxido de carbono; cpd = cigarros por dia; ppm = partes por milhão (uma parte de monóxido de carbono/um milhão de partes de ar expirado).

deixar de fumar) e conhecemos um método, um caminho, mais ou menos universal e validado (programa de desabituação tabágica), para chegar a este objectivo partilhado. No final, a pessoa deverá ter deixado de fumar e esse é um dos factos mais relevantes. Quem o conseguiu foi a pessoa, tendo o aconselhamento apenas facilitado o engajamento no processo de mudança. Importarão menos as técnicas utilizadas e seus nomes, mas será absolutamente crucial a capacidade de *entrega* do fumador ao seu objectivo e, de forma complementar, a *disponibilidade* do clínico para escutar, motivar e falar.

Apesar da brevidade do aconselhamento, ele é significativo precisamente pela *entrega* e pela *disponibilidade* que estabelecem a ligação entre os interlocutores e seus mundos. Porém, o curso da vida segue e o ex-fumador terá de se escolher sucessivamente, já sem a nossa presença física. Ele terá interiorizado o lema do «faça você mesmo», aprendendo a identificar as situações de risco, a monitorizar o seu diálogo interno, a adoptar os comportamentos mais ajustados e a compensar-se pelos esforços e ganhos conseguidos. Ao reaprender a ser não fumador, ele «desaprende» a ser fumador. Esta mudança ocorre quando a conversa entre o terapeuta e o fumador se transferiu para um diálogo interno entre o eu (*self*) e o comportamento do próprio ex-fu-

mador. Da posição de «cliente» ou «doente», o ex-fumador assumiu o papel da pessoa responsável pela sua transformação e, portanto, do «auto-terapeuta», num processo em que se aprende a mudar e a manter a mudança, investindo em cuidados pessoais, em estilos de vida equilibrados e em gratificações não destrutivas.

O PROCESSO DE ACONSELHAMENTO

O primeiro passo no tratamento do tabagismo consiste, precisamente, em identificar os fumadores e avaliar o seu nível de dependência nicotínica⁵¹, a concentração do monóxido de carbono⁵² e a motivação para deixar de fumar⁴² (ver Quadro I). A seguir surge o processo de aconselhamento propriamente dito, no qual se distingue a intervenção breve (3 minutos), baseada nos 5 A's (*Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange*), da intervenção intensiva, com programas multicomponentes mais longos⁵³. Enquanto os 5 A's se desenvolvem tradicionalmente a partir dos cuidados de saúde primários, atendendo à diversidade e quantidade de doentes, bem como às limitações de tempo, a intervenção intensiva exige mais recursos (logísticos e humanos) e maior especialização nas competências de aconselhamento. Contrariamente ao que se possa pensar, não são apenas os fumadores pesados

que beneficiam desta intervenção, mas qualquer fumador. Por outro lado, estas intervenções apresentam maior eficácia (40%-50% intensiva vs. 3%-4% breve)⁵⁴, embora muitos fumadores sejam relutantes em participar nestes programas.

De facto, os programas mais eficazes incluem vários componentes (entrevista de motivação, programa de desabituação tabágica, equilíbrio dos estilos de vida, prevenção da recaída e terapia de substituição nicotínica), uma média de cinco a sete sessões, seguimentos após terminar o programa (1º, 6º e 12º mês), equipas multidisciplinares e contactos face-a-face, baseados numa aliança terapêutica forte (empatia, confiança, personalização, aceitação incondicional)^{55,56,57}. Por outro lado, existem opções por estratégias de tratamento que devem ser partilhadas com o fumador, designadamente a opção entre abordagem individual vs. grupo (7-9 pessoas), redução gradual de ingestão de nicotina e alcatrão (*fading*) vs. paragem abrupta (*cold turkey*) ou o tipo de terapia de substituição nicotínica.

Estes factos parecem securizantes, mas não devemos esquecer que estamos a falar de *programas* com objectivos, técnicas e estrutura previamente definida, normalizada ou universal que visa ajustar-se aos fumadores em geral e não ao fumador em concreto. Assim, pode revelar-se difícil ajustá-los às necessidades e características de cada pessoa. Esta situação sugere-me uma comparação entre o fato que se pode comprar no alfaiate que confeccionará cada peça à medida e gosto exclusivo do seu cliente e a roupa adquirida num pronto-a-vestir. O uso destes programas não pode ser cego. Muitas pessoas introduzem temas e preocupações que não estavam inicialmente previstos nos objectivos da sessão, outras são mais lentas na mudança e assimilação dos conteúdos, outras ainda já participaram em programas e recaíram.

De facto, embora o aconselhamento em desabituação tabágica tenha um *foco* de intervenção bem definido (comportamento tabágico) e *indicações terapêuticas* precisas (elevada motivação e ausência de comorbilidade psicopatológica), a prática clínica apresenta contornos bem mais subjectivos. Na verdade, o foco de intervenção pode-se alargar no decurso da intervenção. Recordo-me de uma jovem fumadora que, ao avaliarmos os prós e contras da sua decisão, se recusava a mencionar os benefícios que teria para a saúde ao parar de fumar. Quando questionada sobre tal recusa, respondeu (chorando) – *eu nunca gostei de mim, nunca me preocupei em cuidar da minha saúde. Que ilações tirar desta reacção? Porque sentiria esta jovem não merecer algo de bom? Estaria o fumar a desempenhar uma função punitiva? Teria o tabaco um efeito de auto-medicação/auto-regulação? O mais provável é que a sua desvalorização pessoal constituísse um problema prioritário relativamente ao objectivo inicial.*

Sabemos que a morbilidade psicopatológica é mais elevada entre os fumadores que na população em geral. Cerca de 30% das pessoas que procuram programas de desabituação apresentam história de depressão⁵⁸ e 20% de abuso ou dependência de álcool⁵⁹. Outras populações psiquiátricas revelam ainda maior prevalência de tabagismo, designadamente a esquizofrenia (88%), a doença bipolar (61%), a dependência e abuso de álcool (56%), a agorafobia (48%) e a depressão *major* (45%)⁶⁰.

Ao equacionar os problemas do foco e do duplo diagnóstico (dependência nicotínica vs. perturbação emocional, quadros psiquiátricos e dependência de outras substâncias), é inevitável ponderar sobre os critérios de inclusão dos fumadores em programas de cessação tabágica. De facto, acabamos por perceber que muitos pedidos de ajuda para

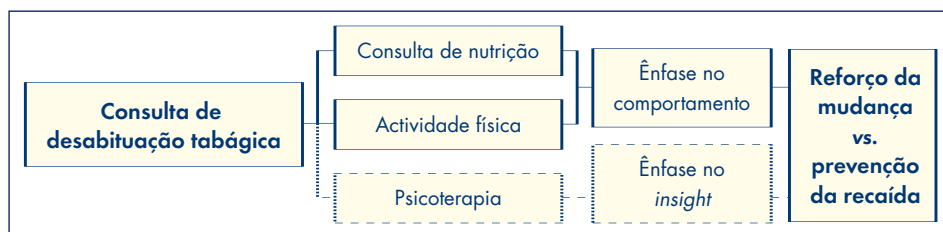


Figura 6. Articulação de cuidados a partir da Consulta de Desabitação tabágica.

deixar de fumar constituem uma porta de entrada atrás da qual se escondem outras necessidades subjectivas. Tal como se abordam as questões relacionadas com o ganho ponderal ou a actividade física, é igualmente necessário despistar e encaminhar os fumadores para abordagens psicoterapêuticas mais profundas e dirigidas ao *insight*. Certamente que a diferenciação e combinação de cuidados contribui para o reforço das mudanças a efectuar e para a prevenção da recaída (ver Figura 6).

O MOINHO TERAPÊUTICO

Um dos aspectos que me suscitou várias dúvidas e reflexões teve a ver com o tipo de abordagem ou modelo de tratamento a usar na desabitação tabágica. Na literatura, são comuns as referências à eficácia da terapia cognitivo-comportamental⁵³. Contudo, os modelos cognitivistas clássicos e especialmente os comportamentalistas restringiram o papel desempenhado pelas dimensões da afectividade e da vivência humana, remetendo-as para um plano secundário. Esta perspectiva deu origem a modelos «frios» do processamento da informação⁴⁷. Depois de terem sido proscritas destas abordagens, quer o «calor» emocional, quer as vivências do ser, acabaram por ser reabilitadas pelas recentes concepções do processamento da informação a «quente»^{38,47,61}, isto é, as que incluem os contextos emocionais, vivenciais e relacionais. É, na verdade, fundamental

conseguir estar presente no interior das pessoas e relacionarmo-nos com elas, num espírito de entrega e escuta, sem violência e sem nos desviarmos da realidade ou do objectivo³⁹.

Um problema mais transversal é o «espartilho científico» ou a necessidade de apertar a complexidade, reduzindo-a a uma realidade mais simples (reduccionismo). É uma questão diversas vezes discutida pela fenomenologia, pela teoria da *gestalt* e pela epistemologia em geral. Ao estudar a realidade, separamos os fenómenos (biológicos, psicológicos, sociais, antropológicos), os seus conteúdos (motivações, cognições, emoções, acções) e as relações que entre si mantêm (*compreensão estática*), para mais tarde voltarmos a atribuir-lhes o significado que deles recolhemos (*compreensão genética*). Este vaivém científico tem dois resultados: por um lado, a perda de sentidos, a divisão artificial e a simplificação excessiva, por outro lado, faz emergir a interpretação, a teorização e a re-nomeação da realidade. Esta tensão entre desconstrução e reconstrução leva a que o discurso científico se funda num equilíbrio precário entre simplicidade *vs.* complexidade, consenso *vs.* dissensão, verdadeiro *vs.* falso, científico *vs.* não científico (intuição, curiosidade, criatividade), obrigando a ciência a caminhar *sobre as suas patas independentes e interdependentes da racionalidade, do empirismo, da imaginação e da verificação*⁶².

Outra implicação é que a ciência resulta de construções pessoais ou de

grupos de investigadores que usam uma linguagem – o método científico. Imaginemos a seguinte situação: ao observar que o componente A, pela sua interacção com o componente B, desencadeia uma reacção entre B e C que resulta numa diminuição da produção de D, o observador podia sugerir que A controla a produção de D. Porém, no mundo real estes elementos (A, B, C e D) interagem através de relações de contiguidade e simultaneidade, agora divididas e identificadas por letras ou nomes. Relações de causalidade, controlo ou função, não são relações de contiguidade, são antes relações percebidas por um observador que se coloca num meta-domínio e as descreve por palavras suas, estabelecendo sucessivos signos linguísticos⁶³. Neste sentido a linguagem consiste num sistema interpretativo da realidade³⁶. A distância e o ajustamento entre as suas palavras (fenómeno – interno) e a coisa em si (fenómeno – externo) provavelmente nunca poderá ser conhecida.

Em termos práticos preconiza-se que no aconselhamento em desabilitação tabágica a intervenção incida sobre os enviesamentos *cognitivos*, os mecanismos de reactividade *emocional*, o *comportamento*, nomeadamente através de técnicas aversivas, no treino da assertividade para lidar com as pressões *ambientes* ou na mudança dos *estilos de vida*. Importa porém reconhecer que entre estas dimensões existe (motivações, cognições, emoções e comportamentos) uma rede invisível de complicitades, dependências, inter-penetrações e sinergias que escapam largamente à nossa compreensão. A aparente distância entre os conceitos é, na realidade, ilusória e teórica, uma vez que eles mantêm relações simultâneas de vizinhança e de identidade própria. Relativamente aos sentimentos, por exemplo, eles parecem resultar de um delicado sistema com múltiplos componentes indissociáveis da regulação bio-

lógica, ao passo que a razão depende de sistemas cerebrais específicos, alguns dos quais processam sentimentos. Assim, pode existir um elo de ligação, em termos anatómicos e funcionais, da razão aos sentimentos e destes ao corpo⁶⁴. De facto, as estruturas psicofisiológicas e psicossociais dos sistemas vivos não só cooperam circularmente de forma local e global/sistémica como têm capacidade de retro-alimentação, homeostase, autonomia, auto-organização e criatividade, definindo-se pela sua natureza de *auto-poiesis* (criação, produção)⁶³.

Que sentido terá então escolher entre uma abordagem marcadamente comportamentalista, cognitivista, dinâmica ou outra? A verdade ou a eficácia não têm contrato de exclusividade com nenhum modelo. Cada um tem o seu contributo essencial que devemos saber recolher para a nossa prática clínica. Conotar a nossa intervenção com uma determinada Escola de pensamento parece-nos, nesta altura, mais uma questão de linguagem, filiação e ideologia científica. As Escolas têm também de comunicar, porque a realidade dos fenómenos humanos a isso obriga. Eles circulam e fazem-nos mover para, sobre eles, poder intervir, numa abordagem que nos sugere a imagem de um «moinho terapêutico». Trata-se aqui de integrar e aproveitar os vários recursos científicos naturalmente disponíveis, numa atitude ecologista e de reciclagem (ver Figura 7). Neste âmbito da desabilitação tabágica não poderíamos deixar de sublinhar a importância das teorias sócio-cognitivas^{3,47}, fenomenológico-existenciais, humanistas^{18,26,27,28,31,39,44,46} e da terapia racional-emotiva do comportamento^{10,38,41,61}, bem como dos modelos transteórico^{5,37}, da auto-eficácia²⁹, da motivação⁴² e da prevenção da recaída²².

Finalmente, importa referir que a *eficácia* (rapidez do efeito) dos trata-

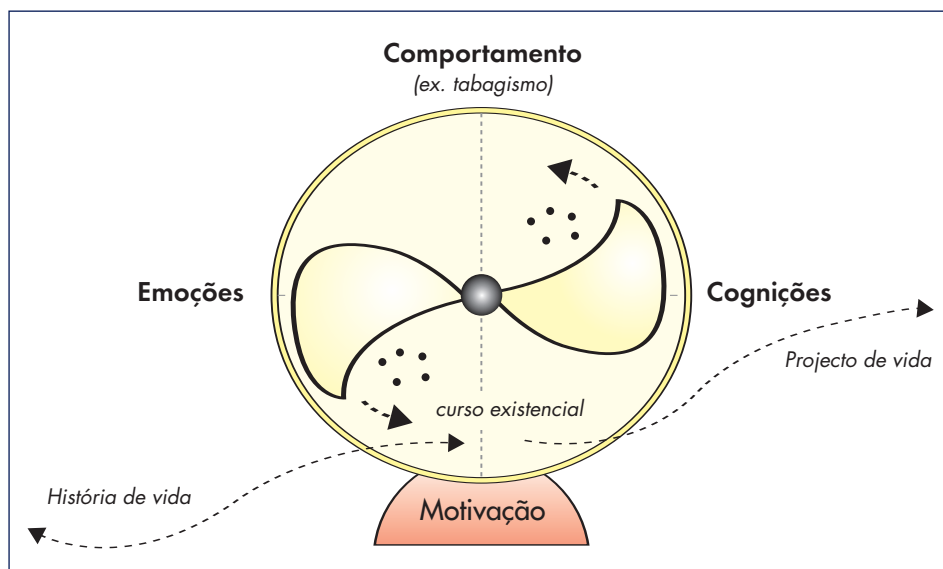


Figura 7. Moinho terapêutico.

mentos psicológicos não reside apenas na natureza das técnicas utilizadas, mas também da pessoa que a aplica e da pessoa sobre quem ela é aplicada, o que levanta a questão da *validade* das intervenções (robustez do efeito). Certas correntes, porém, fortemente influenciadas pelo movimento da medicina baseada em provas, não se cansam de mostrar cientificamente a eficácia dos seus resultados, ao passo que outras, aproximando a psicoterapia de uma forma de arte, quase menosprezam este tipo de esforços. A verdade é que os vários tipos de tratamento psicológico têm demonstrado poucas diferenças quanto à sua eficácia global⁶⁵, constatando apenas que os melhores resultados são obtidos pelos terapeutas mais competentes e fortemente implicados com os seus modelos teóricos⁶⁶. Estes argumentos não invalidam, porém, que existem problemáticas com maior indicação para tratamento com determinadas abordagens e abordagens que se orientaram especialmente para determinadas problemáticas. Importa, contudo, não esquecer que quem fuma não gosta de ver o seu problema excessivamen-

te medicalizado ou mesmo alvo da intervenção dos técnicos de saúde⁶⁷ e, por outro lado, que muitos ex-fumadores, leves e pesados, pararam sem recorrer a qualquer ajuda especializada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). The tobacco epidemic: A global public health emergency. Geneva: WHO, 1996.
2. Edwards R. ABC of smoking cessation. The problem of tobacco smoking. *BMJ* 2004 Jan 24; 328 (7433): 217-9.
3. Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press; 1993.
4. Becoña E, Córdoba R, Díaz-Maroto J, García-Aranda V, Ruiz C, Planchuelo M, Salvador T, Villalbi J. Guia de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. *Addiciones* 2001; 13(2): 211-6.
5. Connors G, Donovan D, DiClemente C. Substance abuse treatment and the stages of change. Selecting and planning interventions. New York: Guilford Press; 2001.
6. Wewers M, Stillman F, Hartman A, Shopland D. Distribution of daily smokers by stage of change: Current population survey results. *Prev Med* 2003 Jun; 36 (6): 710-20.
7. Eysenck H. The causes and effects of smoking. London: Maurice Temple Smith; 1980.
8. Parrott A. Does cigarette smoking cause stress? *Am Psychol* 1999 Oct; 54 (10): 817-20.

9. Parrott A. Cigarette smoking does cause stress. *Am Psychol* 2000 Oct; 55 (10): 1159-60.
10. Bishop F. Managing addictions. Cognitive, emotive, and behavioral techniques. Northvale: Jason Aronson Inc.; 2001.
11. Department of Health. Smoking kills: a white paper on tobacco. London: Stationery Office; 1998.
12. Pádua F, Machado I, Clara J, Lisboa P, Queiroz M, Mendes A, et al. Promoção da saúde e prevenção das doenças não transmissíveis. CINDI-Portugal. 3º Quinquénio (1998-2002). Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva; 1999.
13. National Respiratory Training Centre – NRTC. Smoking cessation module. London: NRTC; 2004.
14. Action on Smoking and Health – ASH. Fact sheet 12. What's in a cigarette. August 2001. <http://www.ash.org.uk>
15. Darwin C. Origem das espécies. Porto: Lello & Irmão Editores; 1860.
16. Diário da República – I Série A. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 25/2003, 4 de Fevereiro.
17. The World Bank Group. Economics of tobacco for the Europe (EU) region, 2001. <http://www.worldbank.org/>
18. Frankl V. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. 15ª ed. São Leopoldo: Editora Sinodal, Editora Vozes; 2002.
19. Gadamer H. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa Editorial; 1996.
20. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
21. Canguilhem G. O normal e o patológico. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
22. Marlatt G, Gordon J. Relapse prevention. Maintenance in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
23. Nietzsche F. O anticristo. Ensaio de uma crítica do cristianismo. Lisboa: Guimarães Editores, 2000.
24. Abbagnano N. História da filosofia (Vol. VI). 4ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 1992.
25. Hyland M, Birrell J. Government health warnings and the «boomerang» effect. *Psychol Rep* 1979 Apr; 44 (2): 643-7.
26. Sartre J. Being and nothingness. London: Routledge; 1958.
27. Canello L. O fio das palavras. Um estudo de psicoterapia existencial. 4ª ed. São Paulo: Summus Editorial; 1991.
28. Rogers C. Tornar-se pessoa. 7ª ed. Lisboa: Moraes Editores; 1985.
29. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company; 1997.
30. Powell L. The hook: A metaphor for gaining control of emotional reactivity. In: Allan R, Scheidt S, eds. Heart and mind: The practice of cardiac psychology. 2nd ed. Washington. American Psychological Association; 1998. pp. 313-27.
31. Frankl V, Böschmeyer U, Längle A, Kretschmer W, Böckmann W, Günter F, et al. Dar sentido à vida. A logoterapia de Viktor Frankl. Petrópolis: Editora Vozes; 1990.
32. Whitaker C, Bumberry W. Dançando com a família. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
33. Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 1997 Jan; 58 (1): 7-29.
34. Trigo M, Rocha E. Cessaçãõ de hábitos tabágicos em doentes coronários. *Acta Med Port* 2002; II Série(15): 337-44.
35. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Pragmática da comunicação humana. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interacção. São Paulo: Editora Cultrix; 1993.
36. Ricoeur P. Teoria da interpretação. O discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70; 1987.
37. Prochaska J, Johnson S, Lee P. The transtheoretical model of behavior change. In: Shumaker S, Schron E, Ockene J, McBee W., eds. The handbook of health behavior change. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 1998, pp. 59-84.
38. Dryden W. Editor. Rational emotive behaviour therapy. Theoretical developments. Hove: Brunner-Routledge; 2003.
39. Jaspers K. Psicopatologia geral. Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenológica (Vol. I). Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 1987.
40. Fisher E, Goldfarb T. American Lung Association 7 steps to a smoke-free life. New York: John Wiley & Sons; 1998.
41. Dryden W. Beyond LFT and discomfort disturbance: The case for the term «non-ego disturbance». *J Ration-Emot Cogn-Behav Ther* 1999 Sept; 17 (3): 165-200.
42. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
43. Lopes G. Clínica psicopedagógica. Perspectivas da antropologia fenomenológica e existencial. Porto: Hospital do Conde de Ferreira; 1993.
44. Maslow A. El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser. Barcelona: Editorial Kairós; 1998.
45. Thines G, Lempereur A. Dicionário Geral das Ciências Humanas. Lisboa: Edições 70; 1984.
46. Yalom I. O executor do amor e outras histórias sobre psicoterapia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
47. Safran J. Ampliando os limites da terapia cognitiva. O relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança. Porto Alegre: Artmed Editora; 2002.
48. Varela F. Conhecer as ciências cognitivas. Tendências e perspectivas. Lisboa: Publicações Instituto Piaget; s/d.
49. Gadamer H. Verdad y metodo II. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1994.
50. Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro; 1989.
51. Fagerström K. Time to first cigarette: The best single indicator of tobacco dependence? (no prelo).
52. Jarvis M, Tunstall-Pedoe H, Feyerabend C, Vesey C, Saloojee Y. Comparison of tests used to distinguish smokers from nonsmokers. *Am J Public Health* 1987 Nov; 77 (11):1435-8.
53. Fiore M, Bailey W, Cohen S et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville: United States Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2000.
54. Becona E, Vázquez F. Tratamiento del

tabaquismo. Dykinson: Madrid; 1998.

55. Kotlke T, Battista R, DeFriese G, Brekke M. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988 May 20; 259 (19): 2883-9.

56. Tsoh J, McClure J, Skaar K, Wetter D, Cinciripini P, Prokhorov A, Friedman K, Gritz E. Smoking cessation 2: Components of effective intervention. *Behav Med* 1997 Spring; 23 (1): 15-27.

57. Fisher E, Goldfarb T. *American Lung Association: 7 Steps to a smoke-free life*. New York: John Wiley & Sons; 1998.

58. Anda R, Williamson D, Escobedo L, Mast E, Giovino G, Remington P. Depression and the dynamics of smoking cessation. A national perspective. *JAMA* 1990 Sep 26; 264 (12): 1541-5.

59. Breslau N. Psychiatric co-morbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet* 1995 Mar; 25 (2): 95-101.

60. Lasser K, Boyd J, Woolhandler S, Himmelstein D, McCormick D, Bor D. Smoking and mental illness. A population-based prevalence study. *JAMA* 2000 Nov 22-29; 284 (20): 2606-10.

61. Dryden W. *Fundamentals of rational emotive behaviour therapy: a training handbook*. London: Whurr Publishers; 2002.

62. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Publicações Instituto Piaget; 1991.

63. Maturana H, Varela F. *Autopoiesis and cognition. The realization of the living* (Vol. 42). London: D. Reidel Publishing Company; 1980.

64. Damásio A. *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Mem-Martins: Publicações Europa América; 1994.

65. Mace C, Moore S, Roberts B. eds. *Evidence in the psychological therapies. A practical guide for practitioners*. Hove: Brunner-Routledge; 2001.

66. Gilliéron E. *Manual de psicoterapias breves*. Lisboa: Climepsi Editores; 1998.

67. Trigo M. Recensão de livros. *American Lung Association. 7 Steps to a smoke-free life*. *Rev Port Psicoss* 2004; 6 (1): 137-140.

Agradecimentos

Esta reflexão, apesar de pessoal, não é solitária. A sua origem cruza-se com o percurso de muitas pessoas e diversas oportunidades de aprendizagem. De todas elas guardo descobertas que fiz acerca de mim e dos que me rodeiam, mas também o alento para seguir em frente. Em cada recanto deste texto consigo reconhecer pessoas e seus contributos. Por estes motivos, estou grato à Dra. Isaura Lourenço, à Dra. Noélia Canudo, à Dra. Teresa Morais, ao Professor Danilo Silva, ao Professor Evangelista Rocha e à minha mulher, Paula, a quem dedico o meu Amor.

Endereço para correspondência

Miguel Trigo
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Departamento de Psicologia.
Av. Campo Grande, 376
1749-024 Lisboa
Telef: 217 515 500
E-mail: miguel.trigo@ulusofona.pt

Recebido para publicação em: 07/10/04

Aceite para publicação em: 05/12/04

WHAT TRULY PROVOKES A CHANGE IN SMOKERS? SOME REFLECTIONS

ABSTRACT

Based on a personal experience, the text presents ten reflections about clinical practice in smoking cessation. 1. We start by addressing the complexity and importance of this issue. 2. Then, the power of the nicotine dependence is raised, nourished by a self-medication process, and by social-demographic determinants. 3. We discuss how the smoker can maintain his internal sense of coherence, when he is involved in a self-destructive behaviour. 4. Persuasive counseling is criticized, and empathy and person centered processes are emphasized. 5. The importance of self-efficacy and self-transcendence in the change consolidation is underlined. 6. Decision-making is characterized as a process dominated by ambivalence and freedom of choice. 7. Motivation is defined as a phenomenon depending on personal competencies and his existential meaning. 8. The importance of verbal interactions in the movement of personal change is highlighted. 9. The principal components of smoking cessation programs are presented, as well as some of their main management difficulties. 10. At last, we stress the pertinence of using several techniques and complementary strategies in the smoker's treatment.

Key-Words: Smoking Cessation Habits, Nicotine Dependence, Motivational Interviewing, Counseling, Stages of Change, Processes of Change.