INTERROMPENDO O USO DO CIGARRO: INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM PACIENTE TABAGISTA

Júlia Schneider Krimberg [1]
Renata Brasil Araujo [2]

Resumo

Nos últimos 30 anos o tabagismo se estabelece como problema de saúde pública. A dependência pelo tabaco é mais prevalente na população mundial e é a que mais mata pessoas. Assim como trabalhar para motivar pacientes à abstinência do tabaco, facilitar tal processo a partir da prática clínica da psicologia é de extrema importância. O presente estudo se trata de um recorte clínico de quatro sessões de psicoterapia sob referencial Cognitivo-Comportamental com paciente tabagista motivado par a interrupção do uso de tabaco. Para tanto, foram realizadas diversas atividades visando aumentar a autoeficácia, motivação e aderência do paciente ao tratamento, assim como buscando tornar mais amplo o repertório de estratégias de enfrentamento do paciente a situações de risco para o uso de cigarros. Ao final da intervenção, o paciente apresentou redução de 82% no número de cigarros fumados, assim como redução da fissura média diária, mantendo motivação elevada para dar buscar abstinência total.

Palavras-chave: Tabaco; Cigarro; Abstinência; Terapia Cognitivo-Comportamental.

Abstract

In the last 30 years, smoking has become a public health issue. Tobacco is the most prevalent substance dependency world's population and is the one that kills people. As well as working to motivate patients to abstinence from tobacco, facilitating such a process through the psychological clinic is of the utmost importance. The present study introduces a clinical cutout of four psychotherapy sessions under a Cognitive-Behavioral Framework with a patient motivated for the interruption of tobacco use. Several activities were carried out aiming at increasing the patient's self-efficacy, motivation and adherence to treatment, as well as seeking to broaden the repertoire of coping strategies of the patient to situations of risk for cigarette use. At the end of the intervention, the patient presented 82% of reduction in the number of cigarettes smoked, as well as a reduction in the average daily craving, also maintaining high motivation to give total abstinence.

Keywords: Tobacco; Cigarettes; Abstinence; Cognitive-Behavioral Therapy.

[1] Mestranda em Ciências Biológica: Neurociências pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Email: juliaskrimberg@gmail.com

[2] Mestra e Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS); Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Email: renataudbrasil@terra.com.br

Já é consenso que o uso de tabaco, principalmente pela forte presença da nicotina, gera dependência química (Marques et al., 2001; Pupulim et al., 2015). O uso de tabaco é o abuso de substância que mais mata pessoas, tirando a vida de 7 milhões de pessoas a cada ano no mundo (12% das mortes contabilizadas) (World Health Organization, 2017) e aumentando a chance de morte prematura em 25% (Marques et al., 2001). Além disso, o tabagismo colabora para o desenvolvimento de cerca de 50 doenças,

crônicas ou não, cardiovasculares, respiratórias, quadros infecciosos, entre outros (Pinto, Pichon-Riviere, & Bardach, 2015). Entre os anos 60, quando o consumo de tabaco atingiu seu ápice, e o ano 2000, a prevalência do tabagismo na população americana passou de 42% para 25% (Marques et al., 2001). Já a segunda edição do Relatório Global de Tendências na Prevalência do uso de Tabaco 2000-2025 (World Health Organization, 2018) indica uma redução no uso de tabaco no mundo de 25% para 19% entre os anos 2000-2015, e prevê uma redução para 18% até 2025.

Além de prevenir o início do uso, para diminuição do número de tabagista no mundo é importante motivar usuários a interromper o uso. Em estudo realizado nos Estados Unidos (Babb, Malarcher, Schauer, Asman, & Jamal, 2017) foi identificado que, em média, 68% dos fumantes tem interesse em cessar o uso e 55% têm tentativas de cessação no último ano. No Brasil os últimos dados a respeito do interesse de interrupção do uso datam de 2001 e apresentam números ainda maiores, 80% dos fumantes tem interesse em interromper o uso e, destes, somente 3% conseguem interrompê-lo (Ministério da Saúde, 2001).

Para o diagnóstico de Transtorno por Uso de Tabaco (TUS-Tabaco) é exigido pelo DSM-5 que ao menos 2 critérios diagnósticos (para gravidade leve) estejam presentes por, no mínimo, 12 meses de forma significativa na vida do sujeito. Destes critérios, pode ser destacada a presença de descontrole sobre a quantidade de droga utilizada, a presença constante do desejo do uso do tabaco, esforços malsucedidos para a diminuição ou interrupção do uso, e manutenção do uso da droga mesmo que o sujeito conheça os riscos associados a tal comportamento (American Psychiatric Association, 2014).

No campo terapêutico, Prochaska e Di Clemente (1982) propõem que dependentes químicos passam por 5 estágios motivacionais ao longo do tratamento para a dependência, sendo o estágio da tentativa de cessação o quarto estágio, denominado Ação. Nesse estágio, o paciente dá início ao processo de abstinência, botando em prática estratégias que possibilitem a interrupção do uso. Dentre os referenciais teóricos mais populares, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem atingido índices de abstinência entre 15 a 20% dos casos de tabagismo após 6 meses de tratamento (Cafruni, Brolese, & Lopes, 2014; Da Silva & Serra, 2004; Lucena-Santos & Araujo, 2015; Presman, Carneiro, & Gigliotti, 2005; Sardinha, Oliva, Augustin, Ribeiro, & Falcone, 2015).

A TCC age sobre o comportamento e pensamento do indivíduo, buscando alterar aquilo que é disfuncional e desadaptativo para o mesmo. No caso da dependência química, o foco está na mudança das crenças aditivas, ou seja, crenças que estão relacionadas com o uso de substâncias do indivíduo, desencadeando a fissura. Essas crenças aditivas podem ser antecipatórias em relação ao uso, romantizando-o e antecipando a gratificação (como, por exemplo, a crença de que a substância trará prazer); podem ser de alívio, que seria o uso da substância para amenizar sentimentos negativos; permissivas, que buscam justificar o uso da substância através de argumentos como “é só um pouco, só hoje”, também existem crenças de controle, sendo essas quando o paciente sabe das consequências negativas do uso da substância e opta por focar nisso, estando consciente de que a parte positiva é momentânea e costuma trazer uma piora posterior, reduzindo a possibilidade de fazer o uso (Scali & Ronzani, 2007). O objetivo da TCC no contexto da dependência química é focar na identificação de situações de risco para o uso de substâncias e dos sintomas de abstinência, com o objetivo de munir o paciente de estratégias de enfrentamento para momentos de fissura, tentar substituir as crenças aditivas por crenças de controle e, consequentemente prevenir lapsos e recaídas (Araujo, 2012; Presman et al., 2005; Sopezki, Ferreira, Paim, & Araujo, 2007). Devemos, aqui, diferenciar os conceitos de lapso e recaída, sendo o primeiro o uso

pontual da(s) substância(s), dentro de um período de abstinência, sem o retorno ao hábito. O segundo conceito, de recaída, se refere à volta ao padrão de uso anterior ou criação de um novo padrão de uso da(s) substância(s) (Júnior & Ribeiro, 2013).

Além disso, a TCC como abordagem teórico-terapêutica preconiza uma sessão com estrutura rigorosa (vide Método) e diretiva e um processo terapêutico colaborativo entre terapeuta e paciente visando que, em dado momento, "o paciente possa ser seu próprio terapeuta" (Beck, 2013). Nesse sentido, existe destaque para a psicoeducação do paciente a respeito da abordagem teórica e estratégias utilizadas, Transtorno por Uso de Substâncias, outras psicopatologias presentes, funcionamento da droga, entre outros, possibilitando, assim, que o paciente esteja envolvido no processo terapêutico como protagonista (Nogueira, 2017).

No estágio motivacional Ação (Prochaska & Di Clemente, 1982), é importante que o paciente encontre estratégias de enfrentamento para as situações de risco para recaída que enfrenta (Araujo, 2012). As estratégias de enfrentamento são, em grande parte, construídas em conjunto com o paciente através de conversas, técnicas, questionários, jogos e outros métodos (Araujo, 2013; Sopezki et al., 2007). Dentre as técnicas mais utilizadas para a parada/diminuição do uso do cigarro estão: Desassociação de Estímulos e Comportamentos, Registro de Pensamentos Disfuncionais, Registro de cigarros fumados/não fumados, entre outros. O presente trabalho busca apresentar estratégias utilizadas para colaborar com um paciente no processo de interrupção do uso do tabaco.

Método

O presente artigo se trata de um Estudo de Caso resultante de um estágio curricular em Psicologia Clínica. Dessa forma, será apresentado um recorte clínico de uma intervenção para interrupção do uso de tabaco em um paciente dependente químico já abstinente de múltiplas drogas. Serão relatadas quatro sessões semanais de terapia com base no referencial Cognitivo-Comportamental. Essas sessões fazem parte de um tratamento psicoterápico com duração de 10 meses com um paciente que buscou atendimento visando a manutenção de abstinência, iniciada em fazenda terapêutica, para múltiplas drogas. Foi requerida assinatura de Termo de Consentimento Livre Esclarecido ao paciente, no documento foram descritos os procedimentos a serem seguidos, assim como vantagens e desvantagens que o paciente teria com o tratamento.

Com base na literatura discorrida, foi desenvolvido um plano de intervenção com o paciente com duração de quatro semanas. Nesse período foram realizadas quatro sessões semanais com um paciente já em tratamento para dependência química, todas com duração de 45 minutos e seguindo a estrutura proposta por Beck e composta por: Agenda da Sessão (paciente e terapeuta trazem tópicos os quais gostariam de abordar ao longo da sessão; Checagem do Humor, quando o paciente é questionado a respeito de como se sente no momento sobre aspectos como irritabilidade, ansiedade e fissura em uma escala de 0 a 10; Ponte com a Sessão Anterior, quando o paciente relata aquilo que foi mais marcante para ele na sessão anterior; em seguida são abordados os tópicos agendados no início da sessão; Tarefa de Casa, quando é combinada atividade(s) com o paciente para que o mesmo realize ao longo da semana; Resumo da Sessão, quando o terapeuta ressalta aquilo que entende ter sido o tema da sessão; e Feedback, quando o paciente dá seu parecer de como foi o atendimento (Beck, 2013).

K., como chamaremos o paciente, buscou tratamento ambulatorial psiquiátrico e psicológico devido ao Transtorno por Uso de Substâncias – Múltiplas Drogas, aos 39 anos, sete meses antes do início da intervenção aqui apresentada. No momento da busca pelo serviço, o paciente já apresentava remissão completa da sintomatologia para todas as

substâncias que não o cigarro, sendo inicialmente trabalhada a prevenção à recaída. A demanda da interrupção do uso de Tabaco se deu após o paciente aliar ao prejuízo financeiro pela dependência, já constatado em outros momentos, o prejuízo físico associado ao uso, sentindo-se extremamente cansado (sic) em situações como sexo, corrida curta e subir escadas.

Com exceção da primeira sessão aqui apresentada, que foi integralmente voltada à interrupção do uso de tabaco, as sessões foram divididas em cerca de 20 minutos de terapia voltada a questões trazidas pelo paciente não relacionadas ao tabaco, e outros 25 minutos para discussão das tarefas e outros tópicos relacionados ao cigarro. Nesse estudo, foram relatadas somente questões pertinentes à discussão do processo terapêutico relacionado à Dependência Química. Foram relatadas atividades realizadas com o paciente como ensino de técnicas comportamentais, Entrevista Motivacional e coleta de informações que servirão de medição ao longo do tratamento. O planejamento das sessões se deu à luz das técnicas motivacionais e de manutenção da abstinência apresentadas na Tabela 1. Durante o período relatado, K. preencheu diariamente uma tabela informando o número de cigarros fumados, fissura ao longo do dia e motivação para a abstinência. Esses dados foram usados, durante as sessões, para discussão do desenvolvimento e análise de resultados obtidos.

Tabela 1. Resumo das Sessões

Sessão	Plano	Efetivo	Tarefa de casa
1ª	Checagem Motivacional Fortalecimento da Autoeficácia Estabelecimento de Metas Psicoeducação sobre Tabaco Psicoeducação sobre comportamentalismo Ensino da técnica Desassociação de Estímulos e Comportamentos - Fumar Construída tabela de monitoramento do número de cigarros fumados, fissura e motivação diária;	Todas as atividades planejadas foram realizadas.	Cumprimento da técnica Desassociação de Estímulos e Comportamentos Preenchimento das tabelas construídas em sessão.
2ª	Checagem motivacional e de desempenho na semana anterior Identificação dos cigarros que poderiam ser eliminados mais facilmente Baralho do Exagero ou Ficha de Prevenção	Checagem motivacional e de desempenho na semana anterior Ficha de Prevenção e avaliação de estratégias funcionais e disfuncionais Psicoeducação sobre a interrupção abrupta do uso de nicotina e seus efeitos no corpo Elaboração de ficha de registro para fissura em momentos de irritação e ansiedade	Preenchimento das tabelas construídas em sessão. Preenchimento da ficha de registro da fissura em momentos de irritação e ansiedade.
3ª	Checagem motivacional e de Desempenho na semana anterior Avaliação Parcial de Metas RPD – Registro da fissura	Checagem motivacional e de desempenho na semana anterior Checagem de Evidências para a capacidade de se manter abstinente	Registro de Cigarros fumados

		Psicoeducação sobre Crenças Aditivas	
4ª	Checagem motivacional e de Desempenho na semana anterior Avaliação Final	Checagem motivacional e de Desempenho na semana anterior Avaliação Final Estabelecimento de novas metas	

Instrumentos

Entrevista Motivacional (EM): Utilizando-se de técnicas da Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2001), busca-se aumentar a motivação do paciente para a abstinência e sua autoeficácia. O terapeuta, na EM, deve evitar postura confortativa para com o paciente, ajudando-o a encontrar soluções para seu problema com postura empática. Com essa técnica, espera-se que o paciente se torne mais confiante no seu processo de mudança, tomando decisões mais assertivas e, assim, aumentando sua chance de sucesso (Figlie & Guimarães, 2014; Miller & Rollnick, 2001). A Entrevista Motivacional pode ser feita de diversas formas, desde somente conversa com o paciente, até aplicação de atividades como a Balança Decisória (em que o paciente identifica vantagens de usar a droga, desvantagens de usar a droga, vantagens de parar de usar a droga e desvantagens de parar de usar a droga) e Olhar para Frente Olhar para Trás (paciente trás aspectos sobre como era antes de adquirir o habito e como ficou após adquirir o hábito).

Desassociação de Estímulos e Comportamentos: Essa técnica consiste em instruir o paciente a não relacionar outras atividades ao fumar (e.g. fumar enquanto conversa com pessoas ou fumar enquanto toma café) com o objetivo de desparear o comportamento de fumar a outras atividades prazerosas. A essa técnica alia-se um importante aspecto introduzido por Beck ao propor o modelo de TCC que sugere que o terapeuta deve ser educativo nas suas manifestações, visando "ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta" (Beck, 2013, p.29). Agindo dessa forma, o terapeuta busca fazer com que o paciente possa reconhecer seus comportamentos disfuncionais e agir sobre eles em situações diárias, estendendo o processo terapêutico para o dia-a-dia do paciente (Araujo, 2012).

Baralho do Exagero: Nessa atividade, o paciente seleciona cartas com situações que representam risco de recaída para ele e, posteriormente, cartas com estratégias de enfrentamento que acredita que possam ser efetivas para cada situação, além de cartas com técnicas de manejo da fissura (Araujo, 2013). Dessa forma, é oferecido ao paciente um menu para escolha de estratégias para que ele decida aquelas que mais podem ajuda-lo, incluindo-o na formação de estratégias de tratamento (Sopezki et al., 2007).

Ficha de Prevenção: própria do ambulatório onde o atendimento foi realizado, essa ficha foi produzida com base no Baralho do Exagero (Araujo, 2013). É composta de questionamentos sobre a motivação do paciente, substituição por imagem negativa (e.g. "se continuar *fumando*, o que acha que vai acontecer com você?"), substituição por imagem positiva (e.g. "como vai ser se você seguir abstinente?"), estabelecimento de metas a curto, médio e longo prazo, uma lista de situações de risco mais comuns e espaço para a elaboração de Estratégias de Enfrentamento, contato de suporte psicológico, psiquiátrico, social, entre outros.

Registro de Cigarros fumados e não fumados: são registrados dia, horário e situação em que o paciente fumou ou deixou de fumar cada cigarro, acompanhado de quantificação da fissura naquela situação em

escala de 0 a 10 (sendo 0 nenhuma fissura, e 10 fissura insuportável). Essa tarefa tem como objetivo de identificar os cigarros que podem ser eliminados com mais facilidade a fim de diminuir o uso.

Registro dos Pensamentos Disfuncionais (RPD): Essa técnica, proposta por Beck (2013) consiste na elaboração de uma espécie de agenda em que a pessoa anota seus pensamentos automáticos. Tem a finalidade de fazer com que o paciente perceba seus pensamentos disfuncionais quando em contato com situações que trazem algum tipo de sofrimento, analisando como as distorções contribuem com reações emocionais e comportamentais e, posteriormente, procura-se reestruturar esses pensamentos para que tornem-se mais adaptativos e funcionais no enfrentamento das situações (Knapp, 2004).

Resultados e Discussão

Primeira Sessão

K. inicia a sessão relatando que tem como hábito fumar, em média, 30 cigarros por dia, totalizando 210 cigarros por semana. Entendendo a abstinência do tabaco como um processo, essa sessão teve como objetivo munir o paciente de estratégias e informações para iniciar tal processo. Como planejado, inicialmente foi realizada uma checagem motivacional e conversa sobre mudança visando fortalecer a motivação e autoconfiança do paciente para a abstinência. Dentre as técnicas utilizadas, neste momento, está a balança decisória para o comportamento de ficar abstinente. K. não indicou pontos positivos para a interrupção do uso do cigarro, indicando como pontos negativos majoritariamente questões relacionadas à saúde e autoestima, dizendo, muitas vezes, sentir vergonha de se aproximar de pessoas devido ao cheiro do tabaco.

Ainda na mesma sessão, foram ensinados ao paciente conceitos básicos de comportamentalismo como a reforço/punição e pareamento/extinção de comportamentos a fim de aumentar a aderência à técnica de Desassociação de Estímulos e Comportamentos. Nogueira (2017) indica que o conhecimento, por parte do paciente, a respeito do funcionamento da técnica que ele irá realizar colabora para a obtenção de resultados positivos.

Por fim, foi construída uma tabela contendo espaços para marcação diária de número de cigarros fumados, nível de fissura para cigarro ao longo do dia (marcados de 0 a 10, sendo 0 nenhuma fissura e, 10 fissura insuportável) e nível de motivação para abstinência ao longo do dia (marcados de 0 a 10, sendo 0 totalmente desmotivado, e 10 totalmente motivado para abstinência). Dentro dessa atividade, foram combinadas metas para a semana seguinte, assim como para o final do tratamento, sendo estas, respectivamente, diminuir a quantidade de cigarros fumados e parar completamente o uso. No momento da sessão, o paciente indicou motivação 10 em uma escala de 0 a 10, onde 0 significa nenhuma motivação para a abstinência e 10, totalmente motivado para a abstinência. K. foi colaborativo ao longo do atendimento, demonstrando interesse pelas técnicas apresentadas e tomando papel ativo no desenvolvimento de estratégias.

Segunda Sessão

Ao início da segunda sessão, o paciente relata motivação 10 em todos os dias da semana; fissura com variação entre 5 e 10 (M = 7); e 90 cigarros fumados ao longo da semana (variação de 0 a 20, média de 12,9 cigarros por dia). O modelo seguido na sessão diferiu do que havia sido planejado dadas as demandas apresentadas pelo paciente. O paciente indicou que tinha caixas de cigarro em casa ao iniciar a intervenção e que havia decidido finalizar tais caixas antes de iniciar o tratamento, comentando que finalizados os pacotes de cigarro cessaria totalmente o uso. No momento da sessão, o paciente estava no quarto dia de abstinência total. Nota-se que a interrupção abrupta do uso de nicotina traz, além de aumento na fissura, efeitos

fisiológicos intensos como desconforto gastrointestinal, aumento do apetite, ganho de peso, insônia, dificuldade de concentração, dor de cabeça, tristeza (Pupulim et al., 2015). Foi realizada psicoeducação sobre tais efeitos, assim como formas de aliviá-los. O paciente recusa também o uso de adesivo de nicotina. Devido a tais informações, fez-se necessário alterar o planejamento, acolhendo e validando a estratégia apresentada pelo paciente (Araujo, 2012; Lucena-Santos & Araujo, 2015; Sopezki et al., 2007).

Com o objetivo de aumentar as estratégias de enfrentamento do paciente, é proposta a execução da atividade Baralho do Exagero (Araujo, 2013). K. recusou a atividade por entender que as situações presentes na atividade não se aplicavam ao tabaco por esta ser uma droga de fácil obtenção e uso frequente em locais públicos. Foi proposto então o preenchimento da Ficha de Prevenção utilizando-se das cartas de Estratégias de enfrentamento disponíveis no Baralho.

Novas metas foram também estabelecidas na sessão. Para a semana posterior, o paciente sugeriu como meta manter-se abstinente, e para o final do tratamento indicou como meta manter-se abstinente e manejar a fissura de forma mais funcional através das estratégias de enfrentamento discutidas em sessão.

Terceira Sessão

Na terceira sessão, o paciente relata variação na motivação, ao longo da semana anterior, entre 8 e 10 (M = 9,57), fissura com variação entre 4 e 8 (M = 6,4) e 52 cigarros fumados ao longo da semana (variação de 0 a 19, média de 7,4 cigarros por dia). K. relatou que, nos quatro primeiros dias da semana, havia conseguido se manter abstinente, voltando a fumar após ganhar carteiras de cigarro de um parente. Segundo relatou, o lapso diminuiu momentaneamente a motivação do paciente, que foi retomada ao ler o resumo da atividade da Balança Decisória, o que demonstra a eficácia desse instrumento para o paciente.

O lapso -volta ao uso da substância aditiva sem retornar ao padrão original ou estabelecimento de novo padrão- despertou no paciente o sentimento de incapacidade para a abstinência da substância. Tal sentimento está relacionado às crenças centrais de vulnerabilidade e incapacidade, apresentadas pelo paciente em diversas situações anteriores à presente intervenção. Desta forma, fez-se necessário realizar atividade de Checagem de Evidências para a capacidade de se manter abstinente. Para tanto, foram descritas situações semelhantes à experenciada durante a semana, mas que teriam acontecido durante o processo de desintoxicação e abstinência de álcool, crack e cocaína, visando evidenciar, além da sua capacidade e autoeficácia, estratégias funcionais para abstinência.

K. expressou, ao longo do atendimento, frases como “só por hoje, depois jogo os cigarros fora”, o que evidencia que suas crenças permissivas parecem ter colaborado para o lapso. Nesse sentido, foi trabalhado o destino a ser dado às carteiras de cigarro que havia recebido, tendo o paciente decidido por vendê-las a um amigo, tendo assim o retorno financeiro como reforçador do comportamento.

Quarta Sessão

A sessão final deste recorte se tratou de uma retomada do processo realizado nas últimas sessões, avaliando estratégias e atividades que tiveram maior efetividade, assim como a efetividade geral da intervenção. O paciente não relata alterações na motivação ao longo da última semana, mantendo sua resposta como 10 para todos os dias da semana. A fissura teve variação entre 3 e 6 (M = 4,14) e o número total de cigarros fumados foi de 38 (variação de 4 a 7 cigarros e média de 5,42 cigarros por dia).

O registro de cigarros fumados, Tarefa de Casa indicada na sessão anterior, foi retomado para dar sequencia a tarefa de

Desassociação de Estímulos e Comportamentos, identificando cigarros que estariam associados a outros hábitos e criando estratégias para desassociá-los. Nesse sentido, foi realizada também nova psicoeducação a respeito do processo de Desassociação com o objetivo de possibilitar que o paciente dê sequência à técnica em contextos fora da clínica psicoterapêutica.

Por fim, verificou-se uma redução de 82% no número de cigarros fumados pelo paciente, que relatou ver o resultado como satisfatório. K. indicou que tinha como objetivo inicial a parada completa do hábito de fumar, mas tal objetivo se alterou conforme percebeu diferenças entre a o processo de abstinência de substâncias como cocaína-crack, álcool e maconha, e o tabaco, que refere ter gerado maior fissura pela aceitação social de tal vício e pelo processo de desintoxicação se dar de forma ambulatorial.

Considerações finais

Ao longo do tratamento, K. pareceu transitar por diferentes métodos para atingir a abstinência. Embora o tratamento tenha tido efetividade, reduzindo o número de cigarros fumados ao dia significativamente, tem-se como hipótese que a relação terapêutica contribuído para tal ao colocar o terapeuta em posição de saber em relação ao paciente. Isso pode ter dificultado, na consulta inicial, que o paciente expressasse estratégias entendia ser mais efetivas. Ao mesmo tempo, acredita-se que, ao longo do processo terapêutico, tal relação tenha se tornado progressivamente mais funcional. Assim, é ressaltado o quesito, indicado na técnica de Entrevista Motivacional, de que o terapeuta deve facilitar a descoberta de estratégias pelo paciente, o que aumenta a chance de aderência do paciente ao tratamento.

A adição ao tabaco e o tratamento para interrupção do seu uso se trata de questão complexa e permeável por inúmeras variáveis. No recorte clínico aqui apresentado diversas destas variáveis se apresentaram ao longo do processo, sendo necessárias alterações no planejamento anteriormente estabelecido. A combinação destas variáveis torna o processo psicoterápico dinâmico e único para cada paciente e terapeuta.

Referências

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5th ed.). Washington, DC: Artmed.

Araujo, R. B. (2012). *Guia de terapias cognitivo-comportamentais para os transtornos do exagero: tratando pacientes da vida real*. Novo Amburgo: Synopsys.

Araujo, R. B. (2013). Baralho do Exagero: Manejando a Fissura e Prevenindo Recaídas. Synopsys.

Babb, S., Malarcher, A., Schauer, G., Asman, K., & Jamal, A. (2017). Quitting Smoking Among Adults — United States, 2000–2015. *CDC- Morbilty & Mortality Weekly Report*, *65*(52), 1457–1464.

Beck, J. (2013). *Terapia Cognitiva-Comportamental: teoria e prática* (2ª). Porto Alegre: Artmed.

Cafruni, K. H., Brolese, G., & Lopes, F. (2014). Tratamentos Não Farmacológicos para Dependência Química. *Diaphora*, *14*(1), 10–19.

Da Silva, C. J., & Serra, A. M. (2004). Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *26*(1).

Figlie, N. B., & Guimarães, L. P. (2014). A Entrevista Motivacional : conversas sobre mudança. *Bol. Acad. Paulista de Psicologia*, *34*(87), 472–489.

Júnior, A. W. S., & Ribeiro, S. G. de C. (2013). Modelos de Prevenção e Prevenção de Recaídas.

Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-*

Comportamental na Prática Psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed.

Lucena-Santos, P., & Araujo, R. B. (2015). Tratamento cognitivo-comportamental sinérgico de dependência química, bulimia nervosa e transtorno bipolar. *Psicol. Argum*, *33*(83), 496–510. https://doi.org/10.7213/psicol.argum.33.083.AO05

Marques, A. C. P. R., Campana, A., Gigliotti, A. de P., Lourenço, M. T. C., Ferreira, M. P., & Laranjeira, R. (2001). Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina Consensus on the treatment of nicotine dependence. *Rev Bras Psiquiatr*, *23*(4), 200–214. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7168.pdf

Miller, W., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.

Ministério da Saúde. (2001). *Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001*. https://doi.org/616.994

Nogueira, C. A. (2017). a Importância Da Psicoeducação Na Terapia Cognitivo-Comportamental : Uma Revisão Sistemática. *Revista Das Ciências Da Saúde Do Oeste Baiano - Higia*, *2*(1), 108–120.

Pinto, M. T., Pichon-Riviere, A., & Bardach, A. (2015). Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cadernos de Saúde Pública*, *31*(6), 1283–1297. https://doi.org/10.1590/0102-311X00192013

Presman, S., Carneiro, E., & Gigliotti, A. (2005). Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Revista de Psiquiatria Clinica*, *32*(5), 267–275.

Prochaska, J. O., & Di Clemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*. https://doi.org/10.1037/h0088437

Pupulim, A. F., Sarris, A. B., Fernandes, L. G. R., Nakamura, M. C., Camargo, T. V., & Paula, J. B. (2015). Mecanismos De Dependência Química No Tabagismo: Revisão Da Literatura. *Revista Médica Da UFPR*, *2*(2), 74. https://doi.org/10.5380/rmu.v2i2.42122

Sardinha, A., Oliva, Â. D., Augustin, J. D', Ribeiro, F., & Falcone, E. (2015). Intervenção Cognitivo-Comportamental com grupos para o abandono do cigarro. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *1*(1), 83–89. https://doi.org/10.5935/1808-5687.20050010

Scali, D. F., & Ronzani, T. M. (2007). ESTUDO DAS EXPECTATIVAS E CRENÇAS PESSOAIS ACERCA DO USO DE ÁLCOOL. *SMAD*, *3*(1), 1–14.

Sopezki, D., Ferreira, E., Paim, K., & Araujo, R. B. (2007). A Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento do Tabagismo. In *Topicos Especiais Em Terapia Cognitivo-Comportamental* (p. 361).

World Health Organization. (2017). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies*. *World Health Organization*. https://doi.org/Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. (2018). *Who global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025, second edition*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1