

# Análise comportamental em um caso de dependência à nicotina

## Behavioral Analysis in a case of dependence to the nicotine

Marli Mariano Mundim<sup>1</sup>  
Gina Nolêto Bueno<sup>2</sup>  
(Universidade Católica de Goiás)

### Resumo

O presente trabalho procurou levantar relações entre o estado emocional negativo e o desenvolvimento de respostas negativas, possibilitando a construção de comportamentos disfuncionais, tais como o ato de fumar, e teve como suporte a terapia comportamental cognitiva. O participante deste estudo é do sexo masculino, adulto, e apresentou-se como dependente de nicotina há trinta anos. Desse modo, o ato de fumar estava comprometendo sua saúde. Foi submetido à intervenção psicoterapêutica, focada no controle de sua ansiedade e dos comportamentos desadaptados. Os resultados obtidos demonstraram que a intervenção proposta, para este estudo de caso, foi eficaz: houve diminuição em mais de 90% do comportamento de fumar, a redução da ansiedade e o aumento do comportamento assertivo. Concluiu-se que o processo psicoterapêutico definido auxiliou na melhoria da qualidade de vida do cliente.

Palavras-chave: tabagismo; comportamento desadaptado; terapia comportamental cognitiva.

### Abstract

This paper had as its support the cognitive behavioral therapy. Its objective was to investigate if and how the negative emotional state can lead the individual to develop negative responses, making possible the construction of dysfunctional behaviors, such as the action of smoking. The participant, of this study was a male, adult, and he became dependent of nicotine through thirty years of use. This way, the action of smoking was endangering his health. He was submitted to the psychotherapeutic intervention, focused in the control of his anxiety and of the non-adapted behaviors. The obtained results demonstrated that the proposed intervention, for this case study, was effective: there has been a decrease in more than 90% of the behavior of smoking, the reduction of the anxiety and the increase of the assertive behavior. It was concluded that the defined psychotherapeutic process aided in the improvement of the quality of the customer's life.

Keywords: tobaccoism; non-adapted behavior; cognitive behavioral therapy.

<sup>1</sup> E-mail: [marlimmundim@bol.com.br](mailto:marlimmundim@bol.com.br)

<sup>2</sup> E-mail: [ginabuenopsi@hotmail.com](mailto:ginabuenopsi@hotmail.com)

O comportamento humano é um conjunto complexo de estímulos e hierarquias de respostas que produzem as diferenças individuais. Para que uma pessoa tenha melhor condição de prever e controlar o próprio comportamento, imprescindível será que ela adquira em seu processo interacional a consciência sobre si e suas ações.

De acordo com a Teoria da Aprendizagem do Behaviorismo Psicológico (Staats, 1996), três são as funções do estímulo: (a) eliciar uma resposta emocional; (b) atuar como estímulo reforçador; (c) direcionar (função discriminativa) comportamentos de aproximação ou comportamentos de fuga ou esquiva. Quanto mais forte for a resposta emocional positiva provocada pelo estímulo, mais intenso será o reforçador. A mesma lógica é aplicada, também, aos estímulos que provocam respostas emocionais negativas: estes servirão como reforçadores negativos, isto é, enfraquecerão comportamentos aos quais se seguem.

## Ansiedade

Staats (1996) afirma que a ansiedade é um estado emocional. Esse estado é produzido pelos eventos que provocam resposta emocional negativa. Assim, se um indivíduo responde a vários eventos negativos ou relata preocupações verbais sobre esses eventos pode, então, experimentar o estado emocional contínuo, o qual é descrito como ansiedade. Conseqüentemente, uma das explicações para os comportamentos não-adaptativos tem sido a ansiedade.

Barlow (1993/1999) ressalta que a ansiedade é a reação ao perigo ou à ameaça, sendo então definida como reações de luta e

fuga. Cientificamente, diz ele, ansiedades imediatas ou de curtos períodos são assim denominadas porque sua função é proteger e não prejudicar o organismo. A ansiedade classificada como normal é proporcional às dificuldades, sendo uma resposta adaptativa inerente e essencial ao ser humano, permitindo que ele se adapte ao ambiente.

No entanto, os estados emocionais podem sofrer alterações e se desregular como qualquer outra função do organismo. Quando isto ocorre, a ansiedade ao invés de facilitar uma adaptação, estabelece riscos sociais ao indivíduo que a vivencia, impedindo-o de perceber os perigos que o ameaçam.

A ansiedade que gera a queixa clínica geralmente é descrita como desproporcional às contingências que a originaram. Neste caso, o grau de ansiedade do indivíduo é intenso e suficiente para levá-lo a uma desadaptação que pode acarretar prejuízos emocionais ou sociais (Shinohara & Nardi, 2002).

Uma das formas de ansiedade que se torna crônica é o estresse. Segundo Lipp e Malagris (2001), quando as pessoas estão estressadas, as mesmas ficam irritadas, impacientes e aprendem a lidar de maneira inadequada com as reações do estresse, desenvolvendo comportamentos desadaptativos, que passam a fazer parte do seu repertório comportamental.

Caballo (1996/2002) afirma que vários comportamentos tidos como desadaptativos não estão apenas associados com as formas principais de psicopatologia, mas também com outros comportamentos disfuncionais tais como os problemas sexuais, abuso do álcool e consumo de drogas. Nesse contexto está a nicotina, um tipo de droga encontrada no tabaco - cigarro.

## Tabagismo

O tabaco é uma das principais causas de morte prematura em todo mundo. Segundo a estimativa da Organização Mundial da Saúde - O.M.S., quatro milhões de pessoas morrem a cada ano devido às doenças causadas diretamente pelos derivados do tabaco (Gigliotti, Carneiro & Ferreira, 2001). “No Brasil, estima-se que mais de 200 mil pessoas morram por ano devido ao fumo” (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004, p. 55).

Cada cigarro contém mais de quatro mil substâncias, diversas delas tóxicas, tais como a nicotina, alcalóides semelhantes a ela, monóxido de carbono, dióxido de carbono, etc. O cigarro causa dependência (Gigliotti et al, 2001) e a substância contida nos cigarros que mantém a dependência é a nicotina. É uma droga estimulante, de efeito poderoso, a qual atinge o cérebro vinte segundos após o cigarro ser tragado (Ferreira & Laranjeira, 1998). Já pelos pulmões, a absorção da nicotina é de 90%. Dos pulmões segue para o coração e, posteriormente, será distribuída por todo o corpo. Esse resultado é tão grave que a expectativa de vida de um fumante pode ser diminuída 25% em relação a um não-fumante (Bordin et al, 2004).

A primeira experiência com algum tipo de droga geralmente ocorre na adolescência. Segue-se um período de uso ocasional que pode progredir para o uso regular. Estudos revelam que o indivíduo no início do uso do tabaco não procura ajuda. Apenas quando está na meia idade, quando já se tornou um fumante inveterado, é que procura ajuda médica ou psicológica. Nesta fase, o seu organismo apresenta sinais de problemas, e exames clínicos comprovam os males ocasionados pelo cigarro (Figlie, n.d., apud Viktor, 2003).

De 70% dos fumantes que desejam parar de fumar, apenas 5% deles chegarão a esse resultado. Cerca de 40% deles realizam tentativas sérias de controle da

dependência, mas 90% dessas tentativas são realizadas sem tratamento formal. Daqueles que tentam parar de fumar, 33% mantêm-se em abstinência por dois dias, e apenas de 3 a 5% mantêm essa façanha por até um ano (Bordin et al, 2004).

Quando o consumo do cigarro ocorre ao longo de 30 anos, por exemplo, o comportamento de fumar terá acontecido mais de um milhão de vezes em um fumante que consuma 20 cigarros por dia. Poucos comportamentos são repetidos tantas vezes assim (Gigliotti et al, 2001).

A enorme freqüência com que os cigarros são usados acaba por propiciar que tal uso seja associado a situações do dia-a-dia. Assim, o fumar ocorre ao levantar, ao tomar café, após as principais refeições, quando há tensão e, também, quando se trabalha sob pressão, etc..

## Terapia Comportamental Cognitiva (TCC)

A TCC é indicada para o tratamento da dependência do tabaco. O problema deve ser abordado de forma diretiva, prática e com objetivos definidos. A finalidade é ajudar o cliente a eliminar comportamentos disfuncionais, substituindo-os por outros mais adaptativos (Gigliotti et al, 2001).

A psicoterapia é importante para desmistificar a idéia de que o cigarro diminui a ansiedade ou depressão. Fumantes genericamente afirmam que o cigarro acalma sua ansiedade, mas o que ele faz quando baixa o nível de nicotina e o organismo entra em síndrome de abstinência é induzir uma ansiedade maior (Figlie, n.d., apud Viktor, 2003).

O ato de fumar é composto por uma longa cadeia comportamental: (1) localizar a carteira de cigarros; (2) retirar o cigarro do meio dos outros cigarros; (3) levá-lo à boca; (4) localizar o isqueiro/fósforo; (5) produzir a chama; (6) levá-la ao cigarro; (7) tragá-lo; (8) sentir seu paladar; (9) liberar a fumaça

pela narina ou boca; (10) olhar o movimento da fumaça no meio ambiente. Na realidade o que gera a sensação de diminuição da ansiedade no fumante é que na elaboração do ritual para fumar, o fumante necessariamente desfoca sua atenção, de forma momentânea, do estímulo gerador da tensão/pressão, enfim da ansiedade propriamente dita -, além de que ocorre o efeito reforçador que a nicotina detém, colaborando para a diminuição da ansiedade. Porém, ao término do ato de fumar, sua ansiedade terá sido aumentada, primeiro porque o estímulo gerador de respostas ansiosas continua em seu meio-ambiente (privado ou público); segundo, pelos efeitos químicos próprios do tabaco, que por si só, geram ansiedade; por fim, pelos efeitos negativos provocados pela abstinência.

O importante é considerar que não existe um tratamento mágico para o tabagismo. A terapia comportamental cognitiva vai ensiná-lo a monitorar-se através da auto-observação e auto-avaliação que o fumante passará a fazer. Assim será possibilitada a consciência sobre o seu comportar em seu ambiente social (Figlie, n.d., apud Viktor, 2003). Mas todo esse esforço só se transformará em resultado real se houver a aceitação do cliente a esta ordem de tratamento que é definida em comum acordo - terapeuta e cliente.

A satisfação do cliente e o resultado prático do processo interacional entre ele e o profissional da saúde são condições determinantes para a qualidade dos serviços prestados em contextos clínicos. Assim, importante será que o profissional da saúde primeiro desenvolva, em seu cliente, as habilidades que serão necessárias para a realização do tratamento, o que muito provavelmente favorecerá a capacidade dessa pessoa em gerar auto-instruções coerentes com as instruções do terapeuta (Vázquez, Rodríguez & Álvarez, 1998).

## Objetivo

O presente trabalho teve por finalidade investigar a função do comportamento de dependência à nicotina, apresentado durante 30 anos consecutivos por uma pessoa adulta, do sexo masculino, utilizando-se dos diários de registros quando de sua ocorrência. Objetivou, ainda, avaliar se o controle dos estados ansiosos do participante, através de intervenção psicoterapêutica, com uso concomitante de estratégias assertivas de enfrentamento de tais eventos favoreceria a redução do comportamento de fumar.

## História Clínica

A. - assim nos referiremos ao participante - tinha 45 anos de idade à época deste estudo, mestre de obras, classe econômica baixa, ensino médio incompleto. Chegou para o tratamento com as seguintes queixas: consumo de cigarro há mais de três décadas, afirmando o alerta médico sobre o comprometimento causado à sua saúde: dispnéia aos esforços, tosse produtiva, pigarros, etc.; através do exame de imagem, foram comprovadas alterações de caráter progressivo no sistema cardio-respiratório, denominadas DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

O participante relatou às terapeutas que começou a fazer uso do cigarro quando menino (a partir dos 11 anos), época em que a mãe dele (também fumante) falecera, aos 40 anos. A. teve que ir morar com a primogênita de sua mãe, já casada. Ela e o marido também eram fumantes. Seus primeiros contatos com o cigarro começaram quando passou a pegar tocos de cigarros dos familiares. Posteriormente, passou a pegar tocos de cigarro que encontrava na rua.

Na adolescência, teve várias namoradas e aos 19 anos, foi morar com uma delas. A

mesma era recém-separada, com quatro filhos, fumante, 10 anos mais velha que o participante.

Sobre sua relação com a esposa, A. se queixava de não ser feliz, pois considerava sua mulher uma “mãezona, autoritária, possessiva e que não gostava de carinhos”, motivos estes que o levaram, há mais de 10 anos, a não dormir em casa e sim em um quarto da empresa que trabalha. Desde então, passou a ter casos extraconjugais.

O seu encaminhamento ao tratamento psicoterapêutico foi feito por um médico clínico geral, após ter recebido o diagnóstico de DPOC e ter-lhe relatado seu desejo e incapacidade de parar de fumar sem ajuda.

Ao chegar para o tratamento psicoterapêutico A. verbalizou estar fumando, em média, 60 cigarros por dia. “Sei que tenho de parar de fumar. Estou com duas manchas em meus pulmões, e meu médico me alertou da necessidade de retirar o cigarro. Acordo durante a noite para fumar, portanto não sei quando fumo o primeiro cigarro do dia”.

Quando he foram apresentados os cálculos de quantos cigarros fumava a cada hora - dois e meio cigarros - mostrou espanto: “Nunca tinha feito essa conta, nossa é muito cigarro! Meu trabalho é muito estressante, pois é muita responsabilidade sobre mim. Trabalho demais e fumo demais! E lá todo mundo fuma. Só me sinto mais calmo quando estou fumando”.

O participante relatou, ainda, que ao longo dos mais de 30 anos de dependência, pensou em parar de fumar inúmeras vezes, mas: “Às vezes conseguia por um dia, dois, até três. Depois, sentia um desespero muito grande em meu corpo, ficando muito irritado, o que me levava a voltar a fumar, quando sentia alívio do que estava sentido”.

## Tratamento

O atendimento clínico foi realizado com sessões de 50 minutos, uma vez por semana, pela dificuldade de tempo livre do cliente. O programa de tratamento foi desenvolvido em três etapas: Linha de Base, Intervenção e Avaliação.

Linha de Base - Esta primeira etapa foi realizada entre a primeira e a quinta sessões, com objetivo de coletar dados sobre sua história de vida, com atenção às queixas trazidas por A. através de relatos verbais e não-verbais dentro do setting psicoterapêutico, assim como dos resultados de testes: (a) Bateria de Beck (Cunha, 2001), visando pesquisar o quadro de desesperança e de ansiedade intensa, relatado por ele; (b) Questionário Multimodal de História Vital (Lazarus, 1975/1980), facilitador para a composição dos dados sobre a história comportamental do participante e seu transtorno, orientando a intervenção; (c) diários de registro do comportamento de fumar e de eventos que lhe eram aversivos, com a função de monitorar seus comportamentos (Bueno & Britto, 2003). Os diários foram elaborados com colunas para que o cliente registrasse os níveis de ansiedade que as situações e seu comportamento provocavam-lhe. Esses níveis foram definidos arbitrariamente, sendo: 1 para pouco; 2 para moderado; 3 para muito; e 4 para extremo (ver seção Resultados). O Diário de Registro do Fumar foi explicado na Linha de Base, terceira sessão, e foi usado em todas as sessões deste estudo de caso como instrumento de medida do comportamento de fumar. A. foi instruído a sempre se fazer acompanhado por ele para proceder às anotações imediatamente após o uso do cigarro.

Intervenção - A segunda fase, Intervenção, realizada entre a sexta e vigésima sessões, foi delineada pelas terapeutas a partir dos resultados obtidos na Linha de Base, quando houve a definição das técnicas da terapia comportamental cognitiva, sendo divididas em dois grupos. O primeiro grupo de técnicas compreendeu: (1) Hiperventilação/Treino Respiratório; (2) A.C.A.L.M.E.-S.E. (adaptada por Rangé, 1998; Rangé & Silveiras, 2001); e (3) Relaxamento (Vera & Vila, 1999). A Hiperventilação foi aplicada apenas com o objetivo de produzir estado ansioso em A., disparando respostas do Sistema Nervoso Autônomo Simpático, como: sudorese, dificuldade para respirar, taquicardia, entre outras. Em seguida, foi aplicado o Treino Respiratório levando o participante a perceber que ele próprio, ao utilizar essa última técnica, alcançaria o autocontrole de suas respostas ansiosas, voltando ao estado de equilíbrio, ou seja, controle de seus estados emocionais. A. recebeu a instrução para realizar diariamente 10 sessões de controle respiratório. Cada sessão compreendia a repetição 6 vezes consecutivas de: (a) inalar a maior quantidade de ar possível pelas narinas, tendo os lábios cerrados; (b) prendê-lo por 7 segundos; (c) soltá-lo suavemente pela boca entreaberta; (d) respirar normalmente, observando suas respostas fisiológicas.

Quando A. já detinha o desempenho necessário ao uso do Treino Respiratório, foi-lhe ensinada a técnica A.C.A.L.M.E.-S.E. Uma descrição dos itens envolvidos na técnica foi entregue ao participante no formato de carteira de identidade, para que ele carregasse-a na carteira de documentos, favorecendo o acesso aos oito passos de controle da ansiedade em qualquer momento. A instrução foi de usá-la em todos os momentos em que se percebesse ansioso ou “estressado” - como se definia - levando-o a fumar um novo cigarro. O Relaxamento foi aplicado após o domínio

da técnica anterior. Como tarefa de casa, A. recebeu as instruções do Relaxamento Passivo (Vera & Vila, 1999), o qual deveria fazer antes de deitar-se à noite. Todas essas técnicas foram definidas, visando ao manejo de seus estados emocionais negativos que, quando extremos, dizia ele, favoreciam-lhe o comportamento de fumar.

O segundo grupo de técnicas foi assim composto: (1) Reestruturação Cognitiva (Beck, 1997); (2) Ensaio Comportamental e (3) Treinamento em Habilidades Sociais (Caballo, 1996/2002). Essas técnicas foram aplicadas a partir da 11ª sessão, momento em que o participante já utilizava o primeiro grupo de técnicas. A., também, passou a ter frutas prontas a serem consumidas, assim como chicletes e até balas de doce. Desta forma, sempre que pensasse em fumar, deveria escolher um desses alimentos e degustá-lo. Também foram fornecidos cartões (lembretes), feitos em papel plastificado, para que o cliente os carregasse consigo junto à carteira de cigarros ou os afixasse em locais de sua privacidade, continuamente freqüentados por ele, como quarto, banheiro, sala de televisão, etc., compostos por frases instrutivas e reforçadoras à manutenção dos novos comportamentos: “Eu realmente preciso fumar, agora?”; “Será que preciso fumar o cigarro todo?”; “Não há outra coisa que eu possa fazer para me sentir melhor, senão fumar?”, etc..

Avaliação - A terceira etapa do tratamento compôs-se da Avaliação, pós-intervenção, desenvolvida entre a 21ª e 26ª sessões. Nesta fase, foi reaplicada a Bateria de Beck (Cunha, 2001) para confrontar os dados com os obtidos na Linha de Base.

## Resultados

## Análise comportamental em um caso de dependência à nicotina

Na Tabela 1, a seguir, são apresentados os resultados obtidos com o participante em todos os testes da Bateria de Beck, tanto na Linha de Base quanto na Fase de Avaliação. Os escores demonstram redução dos percentis do BDI, BHS e BAI. Neste último, o nível de ansiedade que era grave na Linha Base, cedeu para mínimo na fase final do processo. Em relação à Escala de Ideação

Suicida o escore alcançado manteve-se igual, tanto na primeira avaliação quanto na avaliação final: ausência de idéias de natureza suicida.

A Tabela 2 apresenta alguns dos registros obtidos com o diário de fumar feitos pelo participante, quando os níveis de ansiedade eram ainda bastante exacerbados.

Tabela 1 - Escores apresentados pelo participante A. em Inventários de Avaliação Clínica neste estudo

Inventário	Linha de Base (Sessão/Escore)	Fase Avaliação (Sessão/Escore)
Depressão Beck - BDI	(3ª sessão) 5: Nível Mínimo	(22ª sessão) 1: Nível Mínimo
Escala Desesperança - BHS	(3ª sessão) 5: Nível Leve	(22ª sessão) 0: Nível Mínimo
Ansiedade Beck - BAI	(4ª sessão) 38: Nível Grave	(23ª sessão) 5: Nível Mínimo
Escala de Ideação Suicida	(4ª Sessão) 0: Sem Ideação	(23ª Sessão) 0: Sem Ideação

Tabela 2 - Diário de Registro do Fumar.

Dia Hora	Situação Antecedente	*Nível de Ansiedade	Pensamento	Ação	Quantos Cigarros?	Como Fumou?	*Nível de Ansiedade após Fumar
21/09 Manhã (intervalo de 3 horas)	A falta de dois pedreiros.	3	Poderia ter mais funcionários.	Fumar	10	Um após o outro.	3
21/10 Noite (Intervalo de 2h30min)	No quarto sozinho, assistindo TV.	2	Tenho que fazer muitas coisas amanhã, no trabalho.	Fumar	8	Tragando muito.	3
29/10 Manhã (Intervalo de 2h50min)	Esposa não se agradou da limpeza que ele fez no quintal.	3	Ela não valoriza o que eu faço. Sinto- me sozinho.	Fumar	10	Um após o outro.	4

\* Níveis de ansiedade: 1 - Pouca; 2 - Moderada; 3 - Muita; e 4 - Extrema.

O Treino Respiratório foi-lhe explicado e demonstrado na 7ª sessão. A., no início, teve dificuldades chegando inclusive a apresentar dor torácica. Porém, com o melhor treinamento quanto ao uso da técnica, o sintoma desapareceu. Posteriormente, ele verbalizou usá-lo com bastante facilidade e prazer: “Este Treino Respiratório me faz sentir muito bem. No início achei que não iria conseguir, pois meus pulmões estavam cansados. Mas insisti, aprendi e estou me sentindo muito bem agora. Esta técnica é como um fisioterapeuta que trabalha com alguém que machucou a perna ou o braço, recuperando o membro afetado. Penso ser a excelente forma que tenho para trabalhar os meus pulmões”.

A técnica A.C.A.L.M.E.-S.E., aplicada na 8ª sessão. A. relatou posteriormente que em determinados momentos do seu dia-a-dia, lia o informativo para um melhor controle

de sua ansiedade, especialmente quando sentia vontade de fumar ou “angústia”: “O período da manhã é mais corrido para mim. Sempre fumei mais nesse horário, quase um atrás do outro. Agora eu recorro ao papel com as devidas instruções e as leio com muita atenção e me controlo”.

O Relaxamento foi aplicado na 10ª sessão. Em casa, A. passou a realizá-lo todos os dias. “Ao fazê-lo, sinto o meu corpo flutuando. A princípio, pensava que fazer esta tarefa era coisa de mulher mimada. Hoje, tenho tanta disciplina, pois sei exatamente o bem que ela provoca em meu corpo e em meu comportamento”.

Na Reestruturação Cognitiva, trabalhada a partir da 11ª sessão, o participante foi levado a trocar seus pensamentos negativo-catastróficos por positivos, conforme ilustra a Tabela 3, apresentada a seguir:

Tabela 3 - Pensamentos Negativos versus Pensamentos Positivos.

Linha de Base	Fase Intervenção
Pensamentos Negativos (catastróficos) quanto ao comportamento de fumar	Pensamentos Positivos (Tomada de Decisão: Parar de Fumar)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sei que vou morrer em curto prazo.</li> <li>2. Eu não tenho força de vontade de parar de fumar.</li> <li>3. Sinto que estou com mau hálito, e meus amigos estão se afastando de mim.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estou novo e tenho muitos órgãos bons no meu corpo.</li> <li>2. Se para todos os problemas consigo solução, então terei que encontrar quanto ao cigarro também.</li> <li>3. Quero tirar este cheiro forte de mim.</li> </ol>

O Ensaio Comportamental e o Treinamento em Habilidades Sociais foram introduzidos na 12ª sessão e reapresentados nas sessões seguintes, sempre que desejasse fazer o uso do cigarro; especialmente nos momentos de estresse e naqueles em que colegas de trabalho lhe ofereciam cigarro, bem como em

dificuldades de interação com o grupo familiar.

Outras estratégias - Outras estratégias que aprendeu a utilizar, também, foi ter sempre alimentos de sua preferência e ao seu alcance; ligar para pessoas mais íntimas, continuamente; ações estas com a finalidade

de substituir o comportamento de fumar e mesmo de entregar-se ao “estado de angústia”, definido por ele. Realizar caminhadas, acompanhado ou sozinho, foi outra atividade definida como tarefa de casa. A verbalizava sentir-se muito bem, mesmo quando as fazia sozinho, procurando realizá-las sempre em locais mais arborizados, quando aproveitava para fazer o Treino Respiratório. “Estou me sentindo muito bem com as caminhadas. Faço-as em lugares com muito verde, para poder respirar o ar mais puro, e também poder realizar o Treino Respiratório. Ao terminar, me sinto leve”.

A seguir é apresentado um fragmento transcrito de uma interação ocorrida entre cliente e terapeuta na 17ª sessão:

C - Passei a comprar balas e ter a geladeira sempre com frutas, como substitutivos do cigarro, e até da solidão, como definimos. E sempre leio os cartões antes de pegar um cigarro. O cartão está junto à carteira e nesses momentos, quando cumpro o que

planejamos, eu não fumo. O A.C.A.L.M.E.-S.E. me ajuda a controlar a ansiedade.

T - Como você analisa esse resultado seu?

C - Nossa, parece milagre! Sempre pensei que o cigarro fosse mais forte que eu. Aprender que ele não sai da carteira se eu não for lá pegá-lo, tornou-me forte.

T - Você está dizendo que o autocontrole quanto a essa dependência já se aproxima?

C - É... gradativamente, como construir um prédio, aprendo a me livrar desse vício. E isso é tudo o que me motiva neste momento de minha vida!

Um quadro foi criado para computar o número de cigarros consumidos ao longo das 24 horas do dia, durante o tratamento. Com os dados dele, foi possível construir a Figura 1, para que A. pudesse observar a redução da frequência do comportamento de fumar cigarros. Os dados coletados dizem respeito à frequência diária de consumo nos dias em que foram realizadas a primeira, 13ª e 24ª sessões.

Frequência de Consumo Diário de cigarros

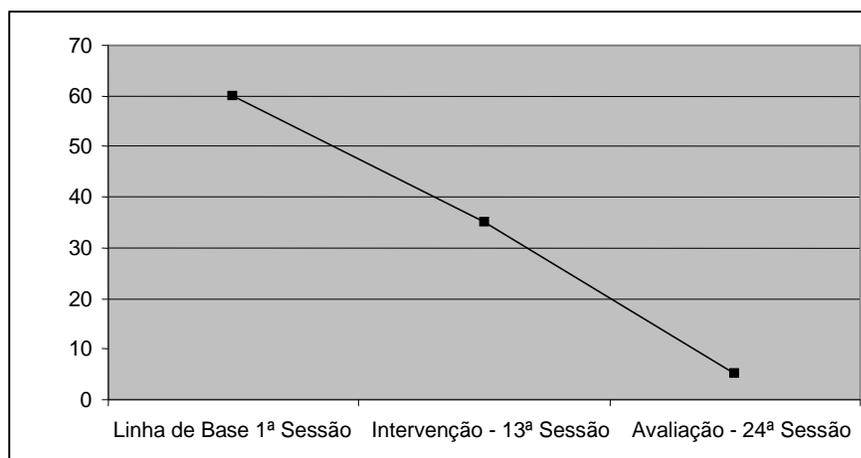


Figura 1 - Evolução do hábito de fumar, medido em frequência diária de consumo de cigarros.

Após visualizar a Figura 1, A. verbalizou: “Quando eu fumava muitos cigarros ao dia, ficava sempre cansado. Logo que iniciei as caminhadas, parecia que o fôlego ia faltar e me sentia ofegante. Agora não, consigo fazer uma boa caminhada e até andar de bicicleta. Faço, portanto, atividades que há muitos anos não fazia. Também não conseguia me equilibrar na escada, para fazer serviços no alto. Hoje, troco lâmpadas com a maior facilidade. Meu quarto não está com cheiro forte de cigarro, assim como meu corpo também. Além de todos esses ganhos, também estou economizando muito com a diminuição do consumo de cigarro. Eram 60 ao dia e hoje são apenas cinco. E tenho a certeza de que com a minha força de vontade, aliada à continuidade da terapia, logo não fumarei mais”.

## Discussão

O Questionário Multimodal de História Vital (Lazarus, 1975/1980) forneceu os dados precisos para o estudo, haja vista que a terapia comportamental cognitiva enfatiza a história de vida do cliente. Portanto, há a necessidade de considerar todos os fatores envolvidos, sendo estes primordiais para a correta compreensão da função de cada repertório comportamental da pessoa. De acordo com Rangé & Silveiras (2001), a organização do caso permite ter uma visão geral e integrada do cliente, auxiliando na escolha das técnicas mais eficazes.

Quando A. chegou ao processo psicoterapêutico consumia diariamente 60 cigarros. O comportamento de fumar ocorria sempre que contingências estressantes e ansiogênicas apresentavam-se em seu meio ambiente, conforme suas descrições obtidas em transcrições de fragmentos de sessões terapêuticas: “Hoje foi um dia muito atarefado e tive que assumir várias funções. Faltaram dois pedreiros e coube a mim assumir os

serviços. Até o horário do almoço já tinha fumado uma carteira de cigarros, ou seja, vinte”.

Estudos de Barlow (1993/1999) sobre os estados ansiosos apontam que a apreensão ansiosa está associada a um estado emocional negativo e é ativada no momento em que o ambiente fornece experiências de imprevisibilidade e falta de controle. Pode-se invocar a explicação desse autor para interpretar os dados obtidos neste estudo: A. parece ter desenvolvido um quadro de ansiedade extrema, associado à baixa habilidade social. A intervenção realizada com a finalidade de controlar suas respostas emocionais negativas, além de desenvolver repertórios assertivos de interação ambiental, parece ter alcançado seus objetivos, como demonstra a Figura 1. No início do tratamento A. fumava diariamente uma média de 60 cigarros e na 24ª sessão consumia apenas cinco cigarros, portanto uma redução desse comportamento superior a 90%, sugerindo ter havido a substituição dos reforçadores do cigarro (Gigliotti et al, 2001) por outros reforçadores sociais: remoção do odor provocado pelo cigarro em seu corpo, quarto e roupas; melhores respostas físicas; economia financeira, com a redução do cigarro como objeto de consumo, etc..

Os Diários de Registro parecem ter sido instrumentos relevantes para avaliar as respostas escritas, diante de diversas situações. Segundo Bueno e Britto (2003), uma das funções dessa técnica é levar o cliente a perceber suas ações e favorecer a construção de um novo repertório comportamental. A. passou a definir estratégias mais assertivas de enfrentamento em novas situações: “Se tô ansioso, não preciso mais do cigarro. Preciso das técnicas. Você percebeu que ao escrever, aqui (apontando para o Diário de Registro de Comportamento), eu mesmo reconheci?”, indagou ele.

Também associado ao controle da ansiedade, buscou-se, com as técnicas de Treino Respiratório, A.C.A.L.M.E.-S.E. e Relaxamento, levá-lo ao enfrentamento de eventos aversivos. Os relatos de A. sobre as variáveis que controlavam seu comportamento de fumar parecem ter sido ampliados: “O Treino Respiratório me faz muito bem. E em muitos momentos, prestes a fumar, faço o Treino juntamente com a leitura e prática do A.C.A.L.M.E.-S.E., e então minha vontade de fumar passa”.

Pela Reestruturação Cognitiva, A. passou a substituir pensamentos negativo-catastróficos por pensamentos positivos, sugerindo o alcance desta meta, que é tornar a pessoa o mais consciente e otimista possível em relação a seus comportamentos, sejam os privados ou os públicos, como demonstra a Tabela 3. A. percebeu que a forma como descrevia os eventos levava ao aumento da ansiedade, a qual era intensificada, ainda, pela baixa habilidade social. O seu medo de morrer foi sendo superado à medida que diminuía a quantidade do uso de cigarro, como demonstram os dados da Tabela 3 e Figura 1.

No Ensaio Comportamental e nas Habilidades Sociais, A. pode desenvolver comportamentos novos, sentindo-se mais encorajado ao tratamento. Passou também a fazer caminhadas diariamente e com enorme prazer ao relatar ou ao descrever o restabelecimento de suas respostas físicas.

A necessidade de habituação a comportamentos novos, exige a emissão repetida deles. Estudos de Lipp e Malagris (2001) confirmam que tais comportamentos adaptativos constituem a forma como o indivíduo lida com o estresse, isto é, suas estratégias de enfrentamento. A., ao longo do processo psicoterapêutico, passou a apresentar estas estratégias, mudando assim seus comportamentos desadaptativos ou ansiosos, conforme suas verbalizações:

“Hoje me sinto outra pessoa. Até parece que o dia ficou maior. Os dias de hoje rendem mais do que antes”.

No teste BDI, os resultados demonstram que, no início do tratamento, A. apresentava um grau de depressão considerado baixo (segundo Cunha, 2001), quase mínimo, equivalente a cinco pontos. Ao final, o grau de depressão estabeleceu-se como mínimo, com um ponto na escala, como pode ser observado na Tabela 1. Mesmo se mantendo em nível mínimo de depressão, houve um decréscimo na pontuação. Resultado semelhante foi registrado na BHS (mesma figura). Tais dados parecem corroborar que a intervenção proposta a esse participante, focada no manejo da ansiedade e no treinamento de novos repertórios socialmente hábeis, alcançou resultado positivo. Esse resultado confirma-se com os dados obtidos por A. no BAI: no início, o mesmo apresentou um grau de ansiedade considerado grave (segundo Cunha, 2001), com 38 pontos na escala, declinando, ao final do processo para o grau de ansiedade mínima, de cinco pontos, como é possível visualizar na Tabela 1.

Na Escala de Ideação Suicida Beck - BSI (Cunha, 2001), os resultados demonstraram a ausência de idéias suicidas, o que foi reforçado pelo relato verbal do cliente: “O que eu mais quero é viver, e viver muito bem, ainda mais agora que estou recuperando tudo que havia perdido”.

A. relata: “Ainda não consegui tirar o cigarro principalmente ao levantar e no final do trabalho. Porém, estou atento e sei que vou conseguir parar de fumar”.

A intervenção, ora realizada, está sendo feita neste sentido. A. está vindo às sessões a cada 20 dias uma vez que está no momento trabalhando em um outro Estado, quase mil quilômetros longe de casa, “Ao chegar a meu quarto à noite e quando acordo pela manhã, percebo-me sozinho e vem muita saudade de casa e dos meus

familiares”. Além das técnicas já aplicadas, estratégias como ligar em sua casa, sempre que possível e escrever cartas à esposa e enteada estão sendo desenvolvidas, visando ao controle do estímulo aversivo – distância de casa.

É evidente que mais estudos com dependentes de tabaco utilizando programas de intervenção da TCC precisam ser feitos. Há inúmeras outras técnicas que podem ser aplicadas. Neste estudo, parece ter sido favorável a decisão de olhar para a dependência ao cigarro de A., analisando as contingências conflitivas e a função do comportamento de uso do cigarro, estabelecendo novas e assertivas contingências ambientais. Outro fator que parece ter contribuído com o autocontrole já alcançado por A. foi o de apresentar continuamente os resultados por ele conquistados e os efeitos imediatos no

funcionamento de seu organismo e em suas relações sociais.

Importante destacar que não houve a necessidade inclusive física, até este momento, de reposição de nicotina através da farmacoterapia.

Responder ao processo psicoterapêutico é de fundamental importância para o alcance da eficácia e da eficiência da intervenção. Neste estudo, as respostas e o comprometimento do participante, evidenciados em suas diversas verbalizações e diários de registros, como sugerem Vázquez, Rodríguez e Alvarez (1998) parecem ter sido importantes na construção do resultado, ora apresentado.

A. continua em processo psicoterapêutico visando ao controle amplo sobre o comportamento de fumar, bem como à aquisição de habilidades sociais desejáveis.

## Referências

- Barlow, D. H. (1999). Manual clínico dos transtornos psicológicos. Tradução organizada por M. R. B. Osório. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1993).
- Beck, J. S. (1997). Terapia cognitiva: teoria e prática. Tradução organizada por S. Costa. 1ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1997).
- Bordin, S.; Figlie, N. B. & Laranjeira, R. (2004). Tabaco. Em N. B. Figlie, S. Bordin & R. Laranjeira (Org's.), Dependência Química. São Paulo: Editora Roca
- Bueno, G. N. & Britto, I. A. G. (2003). Graus de ansiedade no exercício do pensar, sentir e agir em contextos terapêuticos. Em M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Org's.), Sobre comportamento e cognição: clínica, pesquisa e aplicação (Vol. 12, pp. 169-179). Santo André: ESETec - Editores Associados.
- Caballo, V. E. (2002). Treinamento em habilidades sociais. Em V. E. Caballo (Org.); Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento (pp. 361-398). Tradução organizada por M. D. Claudino. 1ª Edição. São Paulo: Santos. (Trabalho original publicado em 1996).
- Cunha, J. A. (2001). Manual de versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora.
- Ferreira, M. P. & Laranjeira, R. R. (1998). Dependência de substância psicoativas. Em L. M. Ito (Cols.), Terapia cognitiva-comportamental para transtornos psiquiátricos (pp. 105-121). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Gigliotti, A.; Carneiro, E. & Ferreira, M. (2001). Tratamento do tabagismo. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 351-371). Porto Alegre: Artmed.
- Lazarus, A. A. (1980). *Terapia multimodal do comportamento*. Tradução organizada por U. C. Arantes. 1ª Edição. São Paulo: Manole. (Trabalho original publicado em 1975).
- Lipp, M. E. N. & Malagris, L. E. N. (2001). O stress emocional e seu tratamento. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 475-490). Porto Alegre: Artmed.
- Rangé, B. & Silveiras, E. F. M. (2001). Avaliação e formulação de casos clínicos adultos e infantis. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed
- Rangé, B. (1998). *Psicoterapia Cognitiva*. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva, Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas* (Vol. I, pp. 89-108). Campinas: Editorial Livro Pleno.
- Shinohara, H. O. & Nardi, A. (2002). Transtorno da ansiedade generalizada. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 217-229). Tradução organizada por M. D. Claudino. 1ª Edição. São Paulo: Santos. (Trabalho original publicado em 1996).
- Staats, A. W. (1996). *Behavior and personality. Psychological Behaviorism*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Vázquez, I. A., Rodríguez, C. F & Álvarez, M. P. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Vera, M. N. & Vila, J. (1999). Técnicas de relaxamento. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 147-165). Tradução organizada por M. D. Claudino. 1ª Edição. São Paulo: Santos. (Trabalho original publicado em 1996).
- Viktor, M. (2003). Inimigo Público. Um tratado que estabelece, pela primeira vez na história, uma ação antifumo em escala mundial pode ser o mais potente ataque contra o mais resistente de todos os vícios. *Revista Viver Psicologia*, XII, 127, 10-14.

Recebido em: 26/01/2006

Primeira decisão editorial em: 28/03/2006

Versão final em: 14/04/2006

Aceito para publicação em: 12/05/2006