UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

GRAU DE EFETIVIDADE DE GRUPOS DE APOIO NA TERAPÊUTICA TABAGISTA: ÊNFASE NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E PSICOFÁRMACOS

VOLUNTÁRIO: Adan Renê Pereira da Silva.

MANAUS
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL
PIB –SA/0073/2010 - VOLUNTÁRIO

GRAU DE EFETIVIDADE DE GRUPOS DE APOIO NA TERAPÊUTICA TABAGISTA: ÊNFASE NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E PSICOFÁRMACOS

Voluntário: Adan Renê Pereira da Silva
Orientador: Prof. Dr. Walter Adriano Ubiali.

MANAUS
2011

RESUMO

A presente pesquisa parte de um enfoque multidisciplinar ao focalizar o processo de cessação do hábito tabágico em fumantes que desejam parar de fumar, em uma Unidade Básica de Saúde da Zona Norte de Manaus. Trata-se de uma pesquisa quantitativa/qualitativa realizada na Unidade de Saúde Armando de Souza Mendes, na cidade de Manaus, onde se investigou a efetividade de um programa de terapia cognitivo-comportamental que se propõe a colaborar com os usuários que procuram o serviço, na tentativa de abandonar o cigarro. A pesquisa, como citado, baseia-se na abordagem cognitivo-comportamental, especialmente na sua aplicabilidade em grupos. Realizou-se, inicialmente, um levantamento bibliográfico sobre a terapia cognitivo-comportamental, sobre sua eficácia em grupos e sobre os psicofármacos disponíveis na UBS para os participantes dos grupos. A pesquisa aqui exposta tem como objetivo geral investigar o grau de efetividade de um programa de intervenção psicológica cognitivo-comportamental, associada aos psicofármacos, junto a tabagistas de ambos os sexos, que queiram parar de fumar, comparativamente aos dados disponíveis na literatura, buscando indicadores de facilitação e de comprometimento no processo de cessação do cigarro. O critério de efetividade aqui adotado é a abstinência da inalação de nicotina e tabaco pelo paciente ao final do programa de intervenção. Possui ainda como objetivos específicos: (i) Avaliar a efetividade do programa de cessação do cigarro com as intervenções supracitadas após o término do tratamento; (ii) Verificar os níveis de estresse, depressão, comportamento auto-destrutivo e abstinência intragrupo e sua associação com a efetividade do programa ou com a recaída; (iii) Investigar a opinião dos usuários do programa sobre a sua efetividade. A obtenção dos dados se deu através do levantamento estatístico no decorrer dos grupos e da realização de entrevistas individuais que partiram de algumas questões norteadoras, da qual surgiram alguns desdobramentos que possibilitaram alcançar o objetivo proposto. As entrevistas foram realizadas com dez sujeitos, todos participantes dos grupos. Devido à questão da exeqüibilidade, não foi possível fazer a análise com muitos sujeitos.

Palavras chave: tabagismo, terapia cognitivo-comportamental, psicofármacos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 04
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 13
2. METODOLOGIA 28
2.1 Tipo de pesquisa 28
2.2 Local da pesquisa 28
2.3 Sujeitos da pesquisa 29
2.4 Instrumentos e procedimentos 29
2.5 Análise dos dados 29
3. ANÁLISES E RESULTADOS 32
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 59
REFERÊNCIAS 65

INTRODUÇÃO

O projeto ora apresentado visa pesquisar o grau de efetividade da terapia cognitivo-comportamental e dos psicofármacos em grupos de apoio a pacientes tabagistas. Vale lembrar que o tabaco tem sido utilizado há milhares de anos (estima-se que desde 1000 a. C.), sob várias formas e com propósitos culturais diferentes. Em algumas sociedades indígenas, faz parte de ritos religiosos, funcionando como forma de autoridade sobre a tribo. Os aborígenes americanos costumavam fumar tabaco em cerimônias religiosas, em rituais mágicos em que sacerdote, cacique ou pajé entravam em transe através da utilização de fumo (LEWIS, 1997; ROSEMBER, 2002). Alguns estudos demonstram que, no Peru, existem mais de dez tipos de plantas de fumo com poderes alucinógenos, como a *Nicotiana penicilata e ondulata.* Ao tabaco eram atribuídos poderes maravilhosos, tais como purificação, proteção e fortalecimento, sobretudo para os guerreiros das tribos. Em outras culturas, ele foi utilizado como remédio para diversas doenças.

Entretanto, a “boa fama” do tabaco não resistiu às evidências científicas. Já no século XVI, seus efeitos maléficos começaram a ser percebidos em diferentes países. Ao mesmo tempo em que a erva era cultuada, vários problemas relativos à intoxicação por ela provocada começaram a ser observados e relatados. Como exemplo, foi observada a morte, em 24 horas, de três crianças que haviam esfregado tabaco na pele. Na Turquia, o rei Almed, baseado em seu livro sagrado, proibia o uso do tabaco, pois temia o enfraquecimento genético. Ele acreditava que o tabaco poderia provocar a esterilidade. Alguns sutões, por motivos religiosos, ordenavam o decepamento do nariz do fumante. Os vendedores de tabaco poderiam até mesmo ser queimados vivos (CARVALHO, 2000; ROSEMBERG, 2002). É interessante notar que o uso do tabaco vem sendo combatido desde o século XVI

(precisamente em 1591, por Guillaume de Mera). Em 1788, na Polônia, o dr. Bulcoz fez, pela primeira vez, referência científica em relação à dependência da nicotina, fato que veio a ser comprovado apenas no século XX (CARVALHO, 2000).

O tabagismo é a principal causa evitável de doença e morte não só nos Estados Unidos da América como também no Brasil. Fazendo uma breve retrospectiva, nos Estados Unidos, em 1900, cada adulto consumia em média torno de 3200 gramas de tabaco por ano. Deste total, a maior parte era consumida por mastigação ou inalação. Em 1918, o consumo de cigarros de tabaco tinha disparado em relação às outras formas de utilização e a epidemia teve, então, início. O consumo aumentou sensivelmente na década de 50, tendo atingido o pico em 1963. Em 1990, o consumo médio foi avaliado em 2800 cigarros/ano para cada adulto. (LEWIS, 1997).

Uma vez que o tabagismo tem sido considerado um problema de saúde pública mundial, resultando em uma alta morbi-mortalidade, todos os estudos que possibilitem melhorar o atendimento àquele que quer parar de fumar são importantes. O Brasil tem se destacado, sendo líder nas negociações “Convenção Quadro de Controle do Tabaco” por cinco anos, até sua aprovação em mais de 190 países. Para que se convertesse em lei, ele deveria ser votado positivamente na Câmara dos Deputados e no Senado – o que acabou ocorrendo aqui no Brasil no ano de 2005, a despeito das tentativas em contrário por parte da indústria do cigarro e de alguns políticos. Apesar de o nosso país ser o segundo lugar no mundo em produção e exportação de tabaco, ele também se destaca em programas de tratamento ao fumante.

Assim, julga-se importante contribuir nesta empreitada, subsidiando a pesquisa para aqueles que queiram aprofundar seu conhecimento nesta área.

A terapia cognitivo-comportamental começou a ser desenvolvida por Aaron Beck no início da década de 60, a partir de insatisfações com as formulações psicodinâmicas sobre a

depressão. Ao observar seus pacientes deprimidos, Beck não encontrou evidências sustentando que a depressão resultasse da raiva voltada contra o próprio *self*. Em vez disso, verificou no conteúdo dos pensamentos e sonhos desses pacientes uma tendência para interpretar os acontecimentos de forma negativista. Após muita observação clínica e utilização de testes experimentais, Beck construiu o modelo cognitivo da depressão. (RANGÉ, 2001)

De forma geral, segundo Range (2001), o modelo cognitivo propõe que os transtornos psicológicos decorrem de um modo distorcido ou disfuncional de perceber os acontecimentos, influenciando o afeto e o comportamento. A terapia identifica três tipos de pensamento: o pensamento automático (espontâneos, fluem no nosso pensamento a partir do dia-a-dia), as crenças intermediárias (ocorrem sob a forma de suposições ou regras) e as crenças centrais (nível mais profundo da estrutura cognitiva, compostas por idéias absolutistas, rígidas e globais que um indivíduo tem de si mesmo). Essas cognições disfuncionais afetam as emoções e são afetadas por elas. Assim sendo, a terapia buscará produzir mudanças no pensamento e no sistema de crenças do cliente, com o propósito de promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras (RANGÉ *apud* BECK, 1997).

No tratamento ao tabagista, importante o uso que se faz do Teste de Fargerstrom, avaliando a dependência de nicotina. Dentro dos moldes da TCC, o teste permite avaliar o quão comprometido está o sujeito em sua dependência, o que acaba propiciando que se criem métodos de acordo com a dependência de cada um dos envolvidos.

O fato de a equipe ser multiprofissional também é um fato de extrema importância, dado que propicia uma visão holística dos pacientes. A título de exemplo, há na equipe uma nutricionista, que fará o acompanhamento de cada paciente, para que este não substitua o hábito tabágico pela obesidade, dado que a maior parte dos pacientes que deixam de fumar relatam aumento da fome. O mesmo processo de acompanhamento será feito por odontólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e, como não poderia deixar de ser, por

psicólogos, que acabam tendo de lidar com um aspecto sobrepujante do tratamento, qual seja, o emocional.

Conforme supracitado, a pesquisa realizou-se em uma unidade básica de saúde do município, nos moldes propostos pelo Ministério da Saúde. Isso significa que a pesquisa estava inserida no Programa de Atenção Integral ao Fumante (PAIF), programa este que visa fornecer atenção englobadora ao fumante, de forma a propiciar todos os mecanismos possíveis para que o mesmo abandone o vício. Neste contexto, a participação do psicólogo é fundamental, dado que será o profissional habilitado a "desenrolar" a terapia cognitivo-comportamental *strictu sensu.* O que se quer dizer é que apesar de todos os profissionais envolvidos participarem do programa baseados na TCC, apenas o psicólogo pode desenvolvê-la terapeuticamente, no sentido de um *setting* estruturado, algo que não é permitido legalmente aos demais profissionais. É neste molde que surge o profissional da psicologia, participando em todos os momentos em que o profissional se faz necessário, especialmente durante a realização dos grupos, quando surgem diversas manifestações que estimulam a intervenção do habilitado em entender os diversos fenômenos psicológicos que emergem.

Embora as conseqüências do uso do cigarro sejam conhecidas, o tabagismo continua matando cerca de 5 milhões de pessoas por ano no mundo todo (GARRET *et al.*, 2001). Somente no Brasil, cerca de 200 mil pessoas morrem a cada ano devido à doenças associadas ao tabagismo (DA COSTA *et al.*, 2002). Estratégias educacionais mostram-se insuficientes para mudar comportamentos relacionados ao hábito de fumar (MARQUES *et al.*, 2001).

A identificação da dependência de nicotina como transtorno psiquiátrico e o conhecimento crescente de sua neurobiologia levaram ao desenvolvimento, sobretudo nas últimas duas décadas, de terapias farmacológicas para essa doença. Paralelo a isso, a terapia cognitivo comportamental vem sendo apontada como uma das intervenções mais exitosas para o tratamento do hábito tabatínico.

Considerando tais fatores e a importância da diminuição de fumantes para uma maior qualidade de vida deles e daqueles com quem convivem (a literatura especializada estende os malefícios do cigarro para os denominados “fumantes passivos”) justifica-se a presente pesquisa, no intuito de descobrir qual tem sido o grau de efetividade da terapia cognitivo comportamental e dos psicofármacos associados no tratamento grupal de pacientes nicotino-dependentes.

Uma vez que o número de fumantes no mundo é superior a um bilhão e duzentos milhões de pessoas, muitas delas têm manifestado o desejo de parar de fumar. Entretanto, não o conseguem sem ajuda. O presente trabalho pretende demonstrar o quão poderosa pode ser a ajuda proporcionada pelas variadas intervenções (psicológicas, farmacológicas, grupais) no tratamento do fumante. Deve-se levar em conta, principalmente, a dependência psicológica. Após isso, será fundamental o quanto a psicologia pode ser eficaz a quantos queiram, efetivamente, parar de fumar.

Segundo Liese e Franz (1996), o tratamento de indivíduos com transtorno por uso de substâncias psicoativas é extremamente desafiador, pois, apesar de seus esforços no objetivo de controlar seu comportamento adictivo, a maior parte dos indivíduos persiste em seu comportamento autodestrutivo. Vários estudos nas últimas décadas relatam que as tentativas de abstinência de substâncias como álcool e nicotina apresentam uma taxa de 70 a 80% de recaídas no período de um ano.

Percebe-se que a pesquisa e a teoria têm avançado muito no entendimento psicológico das adicções, bem como nas abordagens psicossociais empregadas. Em se tratando da terapia cognitivo-comportamental, terapeuta e paciente trabalham em conjunto no empreendimento terapêutico, como uma equipe de trabalho. O terapeuta tem um papel ativo e diretivo no tratamento, da mesma forma que o paciente também se envolve de forma pró-ativa no processo de solução de problemas. Ambos buscam empiricamente, por meio de

experimentos, as evidências necessárias para confirmar ou refutar as hipóteses levantadas colaborativamente. Para Beck e colaboradores (1979), terapeuta e paciente trabalham como dois cientistas levantando hipóteses e testando empiricamente cada uma delas.

Esse modelo pretende ser mais efetivo em relação às mudanças do que um estilo mais passivo e não-diretivo de intervenção, mas para que a dupla terapêutica trabalhe afinada (no caso da pesquisa, a equipe multiprofissional e os pacientes), uma boa relação terapêutica é de fundamental importância. Como em todas as escolas terapêuticas, o primeiro objetivo é estabelecer uma fundação sólida para a relação terapêutica, e isso depende de uma série de fatores, tais como empatia, interesse, confiança, genuinidade e todas as variáveis não específicas. Pelo trabalho colaborativo que o terapeuta desenvolve desde o início do tratamento, ele também constrói ativamente a relação terapêutica, em vez de esperar que a relação se desenvolva ao longo do tempo. A própria relação terapêutica pode e deve ser usada como laboratório para construir experimentos visando à mudança interpessoal, pois é um excelente veículo de mudanças. Além disso, e como conseqüência, a ocorrência da resistência fica minimizada. (CORDIOLI *et al*, 2008)

Ainda segundo os autores supra, desde o primeiro contato com o paciente, na elaboração da lista de problemas e das metas de tratamento, na elaboração da agenda, na prescrição das tarefas, na elaboração dos resultados da sessão, enfim, em todo o processo terapêutico, perpassa o conceito de um trabalho colaborativo.

Para Delgalarrondo (2008), os quadros de intoxicação de substâncias psicoativas caracterizam-se por uma forma particular de relação entre os seres humanos e as substâncias químicas que apresentam reação definida sobre o sistema nervoso central (SNC) e, consequentemente, sobre o psiquismo. Segundo ele, uma substância psicoativa é qualquer substância que, quando ingerida, modifica uma ou várias funções do SNC, produzindo efeitos psíquicos e comportamentais. Assim sendo, além do cigarro, outras substâncias psicoativas

seriam o álcool, a maconha, a cocaína, o café, o chá, o diazepam, a nicotina, a heroína etc. as substâncias psicoativas produzem, de modo geral, uma **sensação de prazer ou excitação**, cuja correspondência cerebral está vinculada às chamadas áreas de recompensas do cérebro, como o *nucleus accumbens*, a área tegumentar e o *lócus ceruleus*. (grifos no original)

Salienta ainda o autor que as teorias sobre a adicção ou dependência de substâncias psicoativas versam a respeito desde possíveis mecanismos neurobiológicos, teorias de comportamento aprendido e mecanismos de memória até teorias psicodinâmicas, psicossociais, sociológicas e antropológicas.

É por isso que, para Delgalorrondo, a dependência a substâncias psicoativas é definida como um padrão maladaptativo de uso de substâncias em que há repercussões psicológicas, físicas e sociais que resultam da interação entre o ser humano e uma substância psicoativa. Além de tais repercussões, a dependência inclui fenômenos como a tolerância, sintomas de abstinência, uso contínuo ou muito freqüente de quantidades significativas da substância (geralmente maiores do que as pretendidas pelo sujeito). Há, na dependência, um grande envolvimento do sujeito com a substância; ele gasta muito tempo (e interesse afetivo) em atividades que implicam a obtenção ou o consumo da substância. Tipicamente o sujeito estreita seu repertório de interesses, abandonando outras atividades sociais, pessoais e ocupacionais que não envolvam o consumo. Finalmente, na dependência, embora o indivíduo possa ter consciência (mesmo que apenas parcial) dos problemas físicos, psicológicos e sociais que a substância produz em sua vida, o uso permanece contínuo. (DELGALORRONDO *apud* APA, 2002)

Para o autor, no que diz respeito à dependência física, esta é um estado de adaptação do corpo manifestado por distúrbios físicos quando o uso da substância é interrompido. Um dos indicativos da dependência física é a ocorrência da tolerância e a síndrome da abstinência que surge quando o dependente fica sem usar a substância. A dependência comportamental ou

psíquica (muitas vezes chamada de habituação) constitui uma compulsão ao uso da substância, buscando o indivíduo a obtenção do prazer ou a diminuição de desconforto. Quando o indivíduo não obtém a substância, experimenta ansiedade, desconforto geral, raiva, insônia etc. Atualmente, a distinção entre dependência física e comportamental é cada vez mais criticada como excessivamente artificial.

Assim sendo, a presente pesquisa teve como objetivo investigar o grau de efetividade de um programa de intervenção psicológica cognitivo-comportamental, associada aos psicofármacos, junto a tabagistas de ambos os sexos, que queiram parar de fumar, comparativamente aos dados disponíveis na literatura, buscando indicadores de facilitação e de comprometimento no processo de cessação do cigarro. O critério de efetividade aqui adotado é a abstinência da inalação de nicotina e tabaco pelo paciente ao final do programa de intervenção. Ainda como objetivos, só que específicos: Avaliar a efetividade do programa de cessação do cigarro com as intervenções supracitadas após o término do tratamento; verificar os níveis de estresse, depressão, comportamento auto-destrutivo e abstinência intragrupo e sua associação com a efetividade do programa ou com a recaída e investigar a opinião dos usuários do programa sobre a sua efetividade.

À guisa de conclusão, o autor nota que não há uma única razão que explique, para todas as pessoas, por que se passa a abusar de substâncias. Entretanto, para muitos adolescentes, verifica-se que o início do abuso de substâncias está relacionado aos seguintes fatores: curiosidade, excitação por estar fazendo algo ilegal, secreto, convivência e pressão de pares e companheiros que já fazem uso da substância, aceitação do grupo, sensação de fazer parte de uma subcultura, expressão de hostilidade e independência em relação aos pais e aos professores, produzir sensações desagradáveis (tensão, ansiedade, solidão, tristeza, sensação de impotência, etc).

De modo geral, o relatório aqui apresentado é composto por: (i) introdução, aqui

desenvolvida, que teve como objetivos aclarar sobre o percurso teórico para a elaboração da pesquisa, os seus objetivos e sua justificativa e (ii) desenvolvimento onde se apresentará a fundamentação teórica e a metodologia utilizada nesta pesquisa. Para finalizar, tendo em vista a completude dos dados analisados e seus resultados até o momento de elaboração, conclui-se com algumas discussões e considerações finais.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os elementos constitutivos da fundamentação teórica desta pesquisa podem ser destacados em alguns pontos, quais sejam: a terapia cognitivo-comportamental (especialmente a que se realiza em grupo), os psicofármacos, a dependência da nicotina, o trabalho multidisciplinar.

A base do programa é a terapia cognitivo comportamental, como salientado durante todo este relatório. Para que se entenda o êxito do processo, faz-se necessária uma breve revisão teórica sobre o assunto, acompanhada de algumas reflexões de como estas se concretizaram no decorrer das sessões dos grupos estudados.

Schultz e Schultz (2006), p. 148, na obra "História da Psicologia Moderna", fazem o seguinte comentário no fim do livro:

> "A única afirmação possível fundamentada na história da psicologia estudada até aqui é que, quando um movimento se formaliza em uma escola, ficará em evidência até que um novo movimento apresente idéias que a superem com êxito. Quando isso ocorre, as artérias desobstruídas do até então jovem e vigoroso movimento começam a endurecer. A flexibilidade transforma-se em rigidez, a paixão revolucionária começa a ser protetora da sua posição e os olhos e a mente se fecham para as novas idéias. É dessa maneira que nasce um novo sistema. Assim acontece no progresso de qualquer ciência, uma construção evolucionista para níveis mais elevados do desenvolvimento. Não há contemplação nem final, apenas um processo interminável de crescimento, como as novas espécies evoluem das antigas e tentam se adaptar a um ambiente eterno de mudanças."[1]

Aproveitamos o comentário supra para dizer que boa parte do sucesso dos grupos parte de um novo ideal de tratamento, buscando humanizá-lo e adequá-lo às singularidades de cada um deles. Importando a história da psicologia tal como brilhantemente exposto pelos autores, firmamos o ideal, em nosso caso, de atender com respeito os pacientes que nos procuram, sem "encaixotá-los" em paradigmas de "cura", tampouco deixando que as poucas sessões preconizadas pelo Ministério da Saúde prendam-nos mais no ideal de *quantidade* do que no de *qualidade*. Em outras palavras, cada paciente que deixa de fumar, para nós é um

[1] SCHULTZ, Duane P.; SCHULTZ, Sydney Ellen. *História da Psicologia Moderna.* Tradução de Suely Sonoe Murai Cuccio. São Paulo: Thomson Learning, 2006. (p. 148)

sucesso e inspiração para que continuemos. Para a equipe multidisciplinar envolvida, independe a quantidade de grupos: o foco está em cada paciente, em fornecer a eles instrumentos úteis para abandonar o vício. “Nossas novas espécies” são o atendimento multidisciplinar e a visão humanizada e sempre buscamos “nos adaptar a um ambiente eterno de mudanças” expressos em cada subjetividade, seja do grupo, seja de cada um dos pacientes.

Lane (2006) salienta que toda análise que se fizer do indivíduo terá de se remeter ao grupo a que ele pertence, à classe social, enfocando a relação dialética homem-sociedade, atentando para os diversos momentos dessa relação. Chegará a autora à conclusão de que o correto é falar-se em “processo grupal”, não em “grupo”, dado o eterno “movimentar-se” do homem. A análise de nossos “processos grupais” tabagistas revelaram ser correta tal premissa. Cada pessoa, ao trazer sua história, sua vida subjetivada para a unidade de saúde falará de uma experiência diferente que se molda no entrelaçar-se cotidianamente com o outro. Isso se expressa na resposta dada à inúmeras perguntas: “como você começou a fumar?”, “por que você procurou o grupo?”, “como você se sente agora que parou de fumar?”, “a que você atribui essa recaída?”. As respostas dadas às perguntas, longe de nos fazerem fugir de nosso objetivo de análise baseada na terapia cognitivo-comportamental, ajudam-nos a corrigir as principais distorções cognitivas e chegar a algumas crenças nucleares. Isto posto, forçoso concluir de que há algo singular na dinâmica grupal que leva as pessoas tanto a fumarem como a pararem de fumar. Se, de um lado há uma mídia que reforça o “fumar” como prazer, símbolo de *status* social, há também um vazio da pessoa que fuma, expresso em distorções no estilo de *“o cigarro era meu único companheiro”, “achava que o cigarro era meu amigo e hoje vejo que ele era um fantasma a me assombrar”, “descobri que meus netos não se aproximavam de mim não porque eu fosse uma pessoa sem importância, mas sim pelo fato de o cigarro me deixar fedorenta”.* Corrigir essas distorções implica sempre repensar a dinâmica grupal dos adictos (ex-adictos): na família, no trabalho, na escola. Talvez isso explique o

motivo de a cura advir de outro processo grupal. É em grupo que cada um descobre no outro e em si mesmo maneiras diversas de corrigir os pensamentos, reconhecendo-se como pessoa ao reconhecer o outro como pessoa também. Daí nos ser possível seguir o pensamento de Lane (2006), para quem:

> "Em primeiro lugar, devemos partir da idéia de que o homem com quem estamos lidando é fundamentalmente o homem alienado, embora essa alienação possa assumir graus e formas diferentes. Nesse sentido, suas representações e sua consciência de si e do outro são sempre, num primeiro momento, fundamentalmente desencontradas das determinações concretas que as produzem. Há sempre dois níveis operando: o da vivência subjetiva, marcado pela ideologia, onde cada um se representa como indivíduo livre, capaz de se autodeterminar[2], "consciente" de sua própria ação e representação; e o da realidade objetiva, onde as ações e interações estão sempre comprimidas e amalgamadas por papeis sociais que restringem essas interações ao nível do permitido e do desejado (em função da manutenção do *status quo*)."[3]

Isso nos permite deduzir com a autora que, por um lado, o grupo social é condição de conscientização do indivíduo e, por outro, a sua potência através de mediações institucionais. Outro ponto fundamental é a necessidade de o grupo analisar-se enquanto tal, para que ocorram as mudanças qualitativas.

A análise do grupo, baseada nas premissas da TCC[4], permite ver como verdadeira a ideia do professor George Vaillant, para quem, "o poder que a dependência química exerce sobre os seres humanos não reside em nosso córtex. O poder da dependência em nossas mentes mora no que foi chamado de nosso cérebro de réptil. O poder localiza-se no campo das transformações celulares em células do meio do cérebro – o *nucleus accumbens* e o *tegmentum superior*. Estas transformações estão além do alcance do condicionamento e além do alcance do *insight* psicanalítico."[5]

---

[2] Talvez o melhor exemplo venha de uma paciente que, em uma das sessões, obteve o seguinte e brilhante "insight": *quando eu comecei a fumar, pensava que pararia quando eu quisesse, porque eu dominava o cigarro. Hoje, quando olho para trás, vejo que, na verdade, foi ele que sempre me dominou! Minha maior alegria foi ter conseguido me libertar nesse grupo, ao ver que não era só eu que estava cega. Filme nenhum vai mais me fazer achar o cigarro bonito. Mais bonita que ele, sou eu!"*

[3] LANE, S. T. M.; CODO, Wanderley (orgs). *Psicologia Social: o homem em movimento.* São Paulo: Brasiliense, 2006. (p. 84, 85)

[4] Terapia cognitivo-comportamental (sigla)

[5] Trecho da conferência proferida pelo professor George Vaillant, por ocasião da abertura do XIII Congresso da ABEAD, realizada no Rio de Janeiro em agosto de 2009.

De fato, boa parte dos pacientes dizem ter tido o primeiro contato com o cigarro buscando compensar algum desprazer. As áreas citadas acima pelo professor estão relacionadas com a obtenção de prazer, agindo a nicotina na chamada "zona de recompensa do cérebro". Essa explicação fisiológica da dependência nicotínica é de suma importância para os pacientes, dado que os faz ver como funciona a adicção e ajuda a fortalecer a tomada de compromisso, ao ser mostrado a eles que se pode ser difícil tentar, pior serão as conseqüências se nada for feito.

O uso de medicamentos pode ser um importante fator no abandono do vício[6]. A unidade de saúde disponibiliza alguns medicamentos para os pacientes, dentre os quais se destacam o "adesivo", a "goma", cuja eficácia credita-se ao fato de fornecerem nicotina de modo mais lento e com menores picos do que o tabaco (SCHNEIDER *et al*, 2001), e a bupropiona, uma aminocetona que inibe a recaptação de noradrenalina e de dopamina nas sinapses, atuando como antidepressivo. Atinge o máximo de concentração plasmática em três horas e liga-se fortemente à proteínas plasmáticas; sua meia-vida é de cerca de 19 horas, sendo que sua metabolização é hepática e a excreção, renal, atinge o estado de equilíbrio em cinco dias (HOLM e SPENCER, 2000). Vale ressaltar que nem todos os pacientes podem fazer uso do medicamento (devido aos efeitos colaterais que podem vir a desencadear) ou mesmo expressam tal desejo. Não há unanimidade em relação a eles: alguns pacientes atribuem grande peso à sua utilização, enquanto outros referem nada sentir em termos de melhora ou expressam desagradáveis efeitos colaterais.

Enquanto técnica específica do psicólogo, há de ser salientado a importância do processo psicodiagnóstico do usuário que procura apoio para parar de fumar. Como salienta Cunha (2000), de forma metafórica, no processo psicodiagnóstico, o papel do psicólogo é o de tatear pelos meandros da angústia, da desconfiança e do sofrimento da pessoa que vem em

[6] Apenas a título ilustrativo, em alguns dos grupos, menos da metade dos pacientes fez uso dos mesmos.

busca de ajuda. Tatear, então, é lidar com as inúmeras resistências ao processo (como o "esquecer-se" dos pacientes tabagistas: horários, compromissos, metas são com freqüência não cumpridos alegando-se tal argumento), sentimentos ambivalentes e situações desconhecidas. Primeiramente, segundo a autora, é preciso ter clareza de que a sintomatologia já se faz presente e manifesta em período anterior à consulta e, de que, certamente, várias formas de driblar o sofrimento foram experimentadas e várias explicações foram empregadas, resultando no incremento da angústia. Essas resistências podem passar, também, pelo desconhecimento do que seja o trabalho com um profissional da psicologia, pelos estereótipos culturais em torno da área *psi* e dos preconceitos sobre quem requer esse atendimento. No caso dos pacientes tabagistas, tal assertiva mostra-se verdadeira ao se perceber que na "escala de quem procurar quando me sentir mal", o psicólogo sempre fica em último lugar, por ser ainda conhecido como o "médico para doido". Percebeu-se, durante o estágio, que esse tabu em relação à psicologia ainda é muito presente e que desmistificá-lo é um dos primeiros passos para um tratamento de sucesso.

Importante contribuição teórica nos fornece Cordioli *et al.* (2008) ao nos mostrar que existem fatores comuns a todas as psicoterapias e que são fundamentais para um efetivo processo de cura. Segundo o autor, alguns elementos comuns a todas as psicoterapias seriam o contexto de uma relação de confiança emocionalmente carregada em relação ao terapeuta, o contexto terapêutico, no qual o paciente acredita que o terapeuta irá ajudá-lo e confia que esse objetivo será alcançado e a existência de um racional, um esquema conceitual ou mito que provê uma explicação plausível para o desconforto (sintoma ou problema) e um procedimento ou ritual para ajudar o paciente a resolvê-lo. Durante o processo de tratamento com o grupo, nota-se que todos os três se fizeram presentes e foram de suma importância para um tratamento exitoso. Credita-se ao primeiro deles vital importância, dado que uma não confiança no trabalho multiprofissional já deflagaria, de tela, um fracasso do tratamento. Essa

confiança que inicialmente se volta para a equipe tende a voltar-se, *a posteriori*, para si mesmo, sendo fonte de simbólica ligação e de grande valia para libertação do vício.

No que se volta precipuamente para a terapia cognitivo-comportamental, esta começou a ser desenvolvida por Aaron Beck no início da década de 60, a partir de insatisfações com as formulações psicodinâmicas sobre a depressão.[7]Ao observar seus pacientes deprimidos, Beck não encontrou evidências sustentando que a depressão resultasse da raiva voltada contra o próprio *self*. Em vez disso, verificou no conteúdo dos pensamentos e sonhos desses pacientes uma tendência para interpretar os acontecimentos de forma negativista. Após muita observação clínica e utilização de testes experimentais, Beck construiu o modelo cognitivo da depressão. (RANGÉ, 2001)

De forma geral, segundo Range (2001), o modelo cognitivo propõe que os transtornos psicológicos decorrem de um modo distorcido ou disfuncional de perceber os acontecimentos, influenciando o afeto e o comportamento. A terapia identifica três tipos de pensamento: o pensamento automático (espontâneos, fluem no nosso pensamento a partir do dia-a-dia), as crenças intermediárias (ocorrem sob a forma de suposições ou regras) e as crenças centrais (nível mais profundo da estrutura cognitiva, compostas por ideias absolutistas, rígidas e globais que um indivíduo tem de si mesmo). Essas cognições disfuncionais afetam as emoções e são afetadas por elas. Assim sendo, a terapia buscará produzir mudanças no pensamento e no sistema de crenças do cliente, com o propósito de promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras (RANGÉ *apud* BECK, 1997).

No tratamento ao tabagista, importante o uso que se fazia do Teste de Fargerstrom, avaliando a dependência de nicotina. Dentro dos moldes da TCC, o teste permite avaliar o quão comprometido está o sujeito em sua dependência, o que acaba propiciando que se criem métodos de acordo com a dependência de cada um dos envolvidos.

---

[7] Remeto ao leitor à citação de Schultz e Schultz, situada à página 4 deste estudo.

A revisão acima exposta é exatamente o ponto do qual parte o tratamento. A identificação das disfunções cognitivas é um processo constante que se nota desde a primeira entrevista (que incluirá a utilização do Teste de Fargerstrom) e que será trabalhado com o grupo durante o tratamento (e individualmente, se necessário). Através de um constante trabalho de motivação e de reestruturação cognitiva, torna-se possível mudar o comportamento dos usuários, propondo a estes a constante identificação de gatilhos e de pensamentos disfuncionais. Entretanto, dada a amplitude da TCC, tem-se que seu uso não era feito apenas pelo psicólogo e pelo estagiário, mas também pelos demais profissionais envolvidos, tendo-se em vista a necessidade de um tratamento que não se contradissesse, para não perder a estabilidade.

O tabaco é uma das principais causas evitáveis de morte prematuras em todo o mundo. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, quatro milhões de pessoas morrem a cada ano devido a doenças causadas diretamente pelos derivados do tabaco. Pior ainda, mantida a tendência atual, no ano 2025, já serão dez milhões de mortes causadas pelo tabaco. Se nada for feito a esse respeito, do 1,1 bilhão de fumantes, 500 milhões morrerão por causa dos cigarros ao longo das próximas décadas. Apenas nos próximos 25 anos, o tabaco causará 150 milhões de mortes; nos 25 anos seguintes, serão 300 milhões de mortes! Muitas dessas mortes são potencialmente evitáveis se os tabagistas deixarem de fumar.

Apesar de toda a mortalidade e a morbidade causadas pelo tabaco, seu consumo global continua aumentando. A propalada diminuição do consumo desse produto acontece apenas em alguns países industrializados, como os Estados Unidos e a Inglaterra. Nesses países, taxas de prevalência de 50% de fumantes regulares em adultos caíram para cerca de 22 a 25% ao longo dos últimos 35 anos. No entanto, mesmo em tais países, verifica-se uma inquietante tendência à estabilização da proporção de fumantes na última década. Mais ainda, mesmo nos países industrializados, a queda da prevalência de tabagismo está inversamente

associada à classe socioeconômica, sendo muito maior entre as pessoas mais favorecidas e cultas. Entre as minorias étnicas menos favorecidas, o tabagismo continua a ser um problema extremamente comum (OMS, 1999).

A exposição ambiental à fumaça de cigarros também é comprovadamente nociva. Assim, não fumantes freqüentemente expostos à fumaça de cigarros em ambientes de cigarro têm uma probabilidade 20 a 30% maior de desenvolver doença cardiovascular do que pessoas não cronicamente expostas a esse tipo de poluição. Também o risco de desenvolver câncer de pulmão é comprovadamente maior entre fumantes passivos, cerca de 30% maior do que entre pessoas não expostas à fumaça do cigarro. Crianças filhas de fumantes também estão sujeitas a desenvolver infecções respiratórias, bronquite e a desencadear crises de asma com maior freqüência do que crianças que não convivem com fumantes em casa.

Segundo Range (2001), os efeitos farmacológicos da nicotina são diversos e dependem do número de cigarros e da freqüência fumada, bem como do desenvolvimento da tolerância. Além de causar efeitos no sistema nervoso central, a nicotina age diretamente nos sistemas endócrino e cardiovascular.

No sistema endócrino, o tabagismo aumenta o nível circulante de diversos componentes endógenos, tais como a vasopressina, o cortisol, a prolactina, o hormônio adenocorticotrófico e o hormônio de crescimento. Por isso, os efeitos hormonais são diversos, facilitando a menopausa precoce e o desenvolvimento de osteoporose em mulheres. No sistema cardiovascular, a nicotina pode levar à vasoconstrição periférica (extremidades mais frias), ao aumento das concentrações circulantes de adrenalina e noradrenalina e ao aumento do ritmo cardíaco, do volume sistólico e do fluxo sanguíneo das coronarianas.

Ainda segundo o autor, a base de nicotina é extremamente alcalina e altamente solúvel tanto em água quanto em lipídios. Tem duas vias possíveis de absorção em fumantes:

1. através da mucosa oral: naqueles que não tragam. Esta via é dependente do pH.

Quanto mais alcalino o pH bucal, maior a absorção.

2. através dos alvéolos pulmonares: é independente do pH. Em 30 segundos, atinge-se o pico plasmático da nicotina. Essa via de absorção é mais rápida que a absorção endovenosa.

A concentração plasmática de nicotina depende menos da quantidade administrada e mais do quão profundamente a droga é inalada e do pH bucal. Após a absorção, a distribuição de nicotina pelos tecidos é dependente do pH do tecido, com maiores concentrações alcançadas no cérebro, no fígado, nos rins e no estômago. É feita rápida e predominantemente no fígado. O principal metabólito da nicotina é a cotinina, muitas vezes usada como medida para comprovar a abstinência de fumantes.

A meia-vida de eliminação da nicotina é de aproximadamente duas horas. A principal via de eliminação da substância é a hepática. Apenas 10% da nicotina é excretada em sua forma original por meio dos rins.

Acerca da dependência da nicotina, salienta Range (2001), p. 353:

> Em 90% dos casos, o início do consumo de cigarros ocorre na adolescência, geralmente por volta dos 13 aos 15 anos. Os fatores que motivam tantos jovens a experimentarem o cigarro são sociais. Entre esses fatores predisponentes ao uso do cigarro, são especialmente relevantes o fato de um dos pais fumar, colegas fumantes – ainda mais se cerca de dois a três anos mais velhos – e a enorme quantidade de dinheiro que a indústria de tabaco emprega para induzir as pessoas a fumar. Fatores individuais que podem contribuir para o início do consumo dos cigarros ainda são pouco conhecidos, mas incluem fatores hereditários eventualmente relacionados à modulação dos efeitos da nicotina e do humor.

Pode-se dizer, ainda segundo o autor, que são duas as formas de dependência associadas ao tabagismo: a dependência farmacológica e a dependência comportamental, sendo provavelmente a dependência à nicotina a principal razão pela qual é tão difícil parar de fumar. Tanto a Organização Mundial de Saúde quanto a Associação Americana de Psiquiatria incluem a dependência de nicotina entre os transtornos psiquiátricos. Deixar de fumar é tão difícil que, apesar de 90% dos tabagistas desejarem abandonar o “vício”, apenas um terço é bem-sucedido em sua tentativa. O ciclo que leva à dependência de nicotina é similar ao que

leva à dependência de outras drogas. De modo geral, a decisão de experimentar uma droga relaciona-se a uma expectativa de efeitos positivos. No caso da nicotina, buscam-se seus efeitos estimulantes que são qualitativamente semelhantes aos da cocaína e da anfetamina, com o aumento do estado de alerta, bem-estar, sensação de aumento da concentração e da energia, modulação do humor e diminuição do apetite. Também em alguns casos os fumantes procuram na nicotina o alívio da ansiedade e a diminuição da reatividade a estímulos que causam irritação. Com o desenvolvimento da dependência, atenua-se a distinção entre os efeitos primários da droga e o alívio dos sintomas de abstinência.

Apesar de todos os esforços dos profissionais de saúde, salienta Range (2001), nem sempre o fumante consegue abandonar o cigarro e, para eles, uma alternativa seria a da redução de danos. A redução de danos é uma proposta de saúde pública cujo objetivo é minimizar as conseqüências prejudiciais do uso de drogas. Seu modelo parte do pressuposto de que devemos ser realistas quanto ao fato de que não é possível eliminar o consumo de drogas em nossa sociedade e de que devemos criar alternativas que se focalizem nos danos causados pelo uso e abuso de drogas, e não mais no consumo em si.

Para o autor, esse modelo adota a abstinência total como meta ideal, mas, quando esse ideal não é alcançável, reconhece como válidas outras possibilidades que gerem diminuição das conseqüências negativas do consumo de drogas. Também inclui em sua abordagem todo e qualquer comportamento que possa gerar danos para si, para os outros e para a sociedade de maneira geral relacionados ao abuso de substâncias psicoativas ou à prática de sexo sem segurança, como dirigir após o uso, comportamento violento, não fazer uso de preservativos, suicídio, contaminação por meio de seringas, etc.

No que tange especificamente à redução de danos no tabagismo, podemos dizer que há mais de sessenta anos tenta-se reduzir os danos causados pelo cigarro por meio de recursos como os filtros, como modo de prevenir câncer de pulmão ou diminuir a dosagem de nicotina

e de alcatrão. No entanto, hoje sabemos que isso não passou de estratégia de marketing da indústria tabageira para aumentar suas vendas em meio à crescente propaganda antitabagista. Na verdade, os fumantes acabam por produzir mecanismos compensatórios para obter a dosagem de nicotina de que necessitam por meio de uma tragada mais profunda ou até mesmo menor desperdício da parte final do cigarro.

Para Range (2001), a regulação governamental da venda de produtos com nicotina é fator fundamental para iniciar o processo de redução de danos e deve instituir-se por meio de um compromisso de informação à população dos riscos de consumo do tabaco, do potencial adictivo da nicotina e da determinação de que produtos devem ser comercializados baseado no nível de danos a serem causados pelos mesmos. Além disso, é inerente a esse processo, o cerceamento de propagandas impróprias e mentirosas como as destinadas à população, especialmente ao público infantil.

De forma conclusiva, pode-se dizer que a proposta de redução de danos parte do pressuposto de que é ilusório ter como meta a eliminação do consumo de tabaco, mas acredita que por meio de medidas contundentes pode-se alcançar uma diminuição significativa de consumidores, reduzindo, assim, as doenças e a mortalidade relacionadas ao consumo de cigarros e promovendo a saúde pública.

Também não se pode acolher as novas propostas de forma integral, sem questionamentos a respeito de sua aplicabilidade, como se fosse “uma verdade absoluta”.

Cada vez mais o que se percebe na abordagem das problemáticas relativas à dependência do cigarro e de todas as outras drogas é a necessidade de avaliação individualizada de cada paciente de cada grupo ou de cada sociedade. Não existe uma forma-padrão que dê conta de todas as necessidades e possibilidades, e estar aberto ao entendimento das indicações técnicas para cada caso fornece ao profissional uma gama maior de recursos.

Por isso, adotou-se durante essa pesquisa uma postura de “não encaixe” do paciente

à técnica de que dispúnhamos e sim ter um leque de possibilidades que atendam a funcionamentos individuais e grupais, com a técnica a serviço do homem e não o homem a serviço da técnica.

Segundo Yalom (2008) há de se notar também a presença de algumas características que são trazidas pela situação de grupo. Entre elas, destacam-se, por dizer respeito ao trabalho aqui exposto, as seguintes: instilação de esperança, universalidade, compartilhamento de informações e o altruísmo. Todos esses fatores mostram-se como chave para o sucesso da terapia cognitivo-comportamental em grupo, que terá por complemento a autonomia ao nível individual.

Também há de se notar que a escolha pela terapia cognitivo-comportamental em grupo advém do fato de que o grupo oferece uma experiência de aprendizagem social para padrões interpessoais desajustados que se desenvolveram a partir de experiências prévias. Conforme Yalom (1995) observou, o grupo representa um microcosmo social no qual os membros interagem entre si da maneira como interagiriam com os outros grupos no mundo exterior. Assim, o grupo oferece uma oportunidade excelente para o aprendizado interpessoal. O terapeuta de TCC pode despertar a consciência dos padrões interpessoais e dos efeitos que a conduta de um membro pode ter nos outros. Concentrando-se nas interações correntes entre os membros e os terapeutas, os padrões interpessoais podem ser identificados. O terapeuta não pode extrair o *feedback*, modificar avaliações desajustadas e encorajar diferentes formas de comportamento que possam ser mais adaptativas ou condizentes com valores e metas pessoais. O aprendizado interpessoal também pode ocorrer por meio de outros fatores do processo grupal, incluindo a educação e o altruísmo. Além disso, o líder grupo pode utilizar técnicas específicas da TCC (por exemplo, exposição, encenação, identificação de avaliações desajustadas e crenças centrais) para facilitar a experiência corretiva dentro do contexto grupal.

Mesmo havendo muitos termos de linguagem empregados para denotar os transtornos relacionados ao abuso de substâncias, a revisão do texto da quarta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV-TR; APA, 2000) especifica dois tipos relacionados ao tema: aqueles induzidos por substâncias e aqueles relacionados a elas. Os primeiros tipicamente consistem em problemas que parecem ser o resultado direto do uso, como intoxicação, sintomas de abstinência, psicose e assim por diante.

Mais prevalentes e pertinentes nesta discussão são os transtornos relacionados às substâncias, dos quais o DSM-IV-TR especifica dois tipos: abuso e dependência.

O abuso, que se presume ser menos grave do que a dependência, é marcado pelo uso repetido da droga em situações nas quais a utilização é potencialmente prejudicial a si ou aos outros, ou apesar do conhecimento do que causa ou está associado a problemas sociais e psicológicos significativos.

A dependência é mais séria em suas implicações e mais próxima conceitualmente do que a maioria dos leigos considera como “vício”. Ela exige que o uso da substância tenha criado três ou mais de uma lista de conseqüências negativas na vida da pessoa ao longo do tempo. Os critérios para dependência estão assim expostos no DSM:

1. Três ou mais dos seguintes ocorrendo em qualquer momento do mesmo período de 12 meses:

   a) Tolerância aos efeitos conforme definida por:

      - necessidade de quantidades acentuadamente maiores para obter o efeito desejado.

      - efeito acentuadamente reduzido com o uso contínuo da mesma quantidade.

   b) Sintomas de abstinência ou uso de substância para evitá-la.

   c) A substância é consumida em quantidades maiores ou por períodos mais

longos do que fora intencionado.

d) Presença de desejo persistente ou tentativas malsucedidas de interromper ou controlar o uso.

e) Grande parte do tempo é gasta usando e obtendo a substância ou recuperando-se dos efeitos de seu uso.

f) A pessoa desiste de atividades sociais, laborais ou recreativas importantes para usar a substância ou por causa de seu uso.

g) O uso da substância continua apesar do conhecimento pela pessoa de que tem um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente decorre do, ou é piorado pelo uso da substância.

Há várias implicações importantes da abordagem do DSM-IV-TR para diagnosticar os transtornos relativos às substâncias. Primeiro, eles não são entidades unitárias, nem todas as pessoas que preenchem os critérios para esse diagnóstico são parecidas no quadro particular de sintomas que apresentam. Segundo, é importante notar que o uso de substâncias por si só não faz parte dos critérios diagnósticos de uso ou dependência, exceto como exigência básica (por exemplo, ninguém pode ser dependente de álcool se não beber!). Terceiro, uma vez que a pessoa seja diagnosticada como dependente, ela nunca perde completamente esse diagnóstico. Na melhor das hipóteses, o transtorno resolvido com sucesso é considerado em remissão completa e mantida. Finalmente, a resolução do abuso ou da dependência não requer necessariamente a cessação do uso da substância. Ela apenas exige que o uso não mais resulte nos sintomas constituintes dos transtornos. Assim, a abstinência total pela vida toda não é pré-requisito para a resolução de transtornos relativos às substâncias, apesar de, na prática, esta ser uma forma de garantir que a pessoa não mais vivenciará problemas relativos ao uso.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de pesquisa

O projeto consiste numa pesquisa qualitativa e quantitativa. A abordagem do tipo qualitativa "[...] aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas" (MINAYO, 1994, p. 22). Entretanto, como o fenômeno a ser investigado envolve os sujeitos em sua complexidade e é intuito deste estudo levar esses aspectos em consideração, haverá também um olhar estatístico ou descritivo acerca do tema, gerando um aspecto quantitativo na pesquisa. Por isso, devemos tentar compreender o processo social nas suas determinações e transformações dadas pelo sujeito, aqui especificamente, os sujeitos que procuram o serviço da Unidade de Saúde para abandonar o vício. Assim sendo, a pesquisa quali-quantitativa é pertinente nesta investigação, porque pode produzir um conhecimento abrangente sobre a temática, bem como permite descobrir novos sentidos em relação ao objeto de pesquisa.

2.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde da Zona Norte de Manaus. A decisão de realizar a pesquisa nesta escola foi feita em função de já existir o programa de combate ao tabagismo e por ser a Zona Norte da cidade de Manaus uma das mais populosas, o que fornece uma grande demanda. Ao ir à Unidade e apresentar a proposta de trabalho, estudo e pesquisa obteve-se imediatamente o apoio da gestão. Foi elaborada uma carta de autorização de pesquisa de campo com as informações sobre o projeto e as ações que serão realizadas na UBS que foi assinado pelo diretor concordando com as disposições.

A decisão por realizar a pesquisa em uma só unidade deve-se a questão de exequibilidade, visto que o período de realização de um projeto de iniciação científica é de 12 meses. Sendo esta uma pesquisa qualitativa e quantitativa que se desenvolve segundo um

ciclo específico e demanda tempo para inserção no local pesquisado, tivemos a precaução para não afetar este ciclo e primou-se pelo compromisso com a qualidade da produção científica.

2.3 Sujeitos da pesquisa

Todos os indivíduos que procuraram o Grupo de Apoio, na UBS Armando Mendes, foram convidados a participar da pesquisa. Não houve oposição de nenhum sujeito em participar da pesquisa.

2.4 Instrumentos e procedimentos

A pesquisa utilizar-se-á do instrumento metodológico de entrevistas individuais semiestruturadas. A opção por estes instrumentos se deu frente à natureza do objeto, por considerar que tal dispositivo pode enfocar o cerne da temática proposta.

Para Szymansky (2004), a entrevista é um dos instrumentos mais ricos e permite acesso aos processos psíquicos que nos interessam. Enquanto que para Minayo (1994), a entrevista privilegia a obtenção de informações através da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, através de um porta-voz, representações de determinados grupos.

Além destas, haverá a coleta estatística dos dados, para que se tenha uma noção real da quantidade de participantes: os que se inscreveram, os que de fato participaram e se distingam aqueles que pararam e aqueles que não conseguiram parar de fumar.

2.5 Análise dos dados

Para a parte qualitativa da pesquisa, será utilizada a Análise de Conteúdo. Os dados das entrevistas (dez, ao todo) foram descritos através do método de Análise de Conteúdo,

segundo a qual os dados brutos do texto podem ser transformados em categorias, como um processo de codificação, usando-se unidades de registro e de contexto (BARDIN, 1977). As categorias correspondem a conceitos que abrangem elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si (MINAYO, 2003). As unidades de registro são designadas unidades de significação correspondentes a um segmento de conteúdo a ser considerado como unidade base, e a unidade de contexto se refere ao segmento de mensagem que auxilia na compreensão e codificação das unidades de registro (BARDIN, 1977). A partir da escolha da unidade de registro, faz-se um recorte do texto a nível semântico ou lingüístico, baseando-se respectivamente, ou no tema, ou na palavra ou frase.

Neste sentido, nãose pretende contentar somente com a aparência dos fatos, mas sim buscar a constituição dos sujeitos, pretende-se fazer uma análise que ajude a apreender a totalidade que representa o sujeito, entendendo-a conforme nos sugere sempre como aberta, em movimento.

A análise de conteúdo propõe a sistematização dos conteúdos frente a um texto complexo, fazendo sua análise a partir do texto concreto ao seu contexto social. Segundo Bardin (1977), esta proposta de análise permite o estabelecimento de unidades textuais manejáveis, permitindo alcançar uma representação simbólica.

A análise de conteúdo se divide em três etapas:

a) Pré- análise: consiste na leitura exaustiva dos dados para verificação dos conteúdos que emergem.

b) Exploração dos dados: momento em que se dá uma visibilidade inteligível para os dados dispondo-os em categorias criadas segundo o que for verificado como conteúdo emergente.

c) Interpretação dos dados: etapa em que o pesquisador vai dar significação aos dados a partir de sua escolha teórica.

Para a parte quantitativa da pesquisa, far-se-á, como já dito, o levantamento estatístico dos grupos pesquisados, fornecendo-se, assim, uma imagem panorâmica da realidade dos grupos na Unidade de Saúde. Após estas realizações, os dados serão apresentados e discutidos.

3. ANÁLISE E RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas fases distintas, quais sejam, a análise quantitativa e, após esta, a análise qualitativa.

Atualmente, a UBS Armando Mendes encontra-se iniciando um trabalho com o nono grupo de pacientes que estão na luta por tentar parar de fumar. Quando a pesquisa foi aprovada como PIBIC, já se estava iniciando o segundo grupo, motivo pelo qual o primeiro não será incluído nesta análise de resultados, bem como o nono também não fará parte de nossa tabulação de dados, por ainda estar em fase inicial. Esquematicamente, os grupos podem ser apresentados da seguinte forma:

GRUPOS	**QUANTIDADE DE INSCRITOS**	**QUANTIDADE DE PACIENTES QUE ABANDONARAM O CIGARRO**
GRUPO 2	13	0
GRUPO 3	16	7 (dois pacientes fizeram uso de adesivo de nicotina e bupropiona, um paciente fez uso de adesivo de nicotina, um paciente fez uso de bupropiona)
GRUPO 4	20	5 (dois pacientes fizeram uso de adesivo de nicotina e bupropiona)
GRUPO 5	19	3 (um paciente fez uso de adesivo de nicotina e bupropiona, um paciente fez uso de adesivo de nicotina e outro fez uso de adesivo de nicotina, goma de mascar e bupropiona)
GRUPO 6	15	3 (dois pacientes fizeram uso de adesivo de nicotina)
GRUPO 7	9	1

GRUPO 8	33	4 (um paciente fez uso de bupropiona e de adesivo de nicotina; outro fez uso de bupropiona)

Uma opção metodológica do presente trabalho foi apresentar os efeitos dos psicofármacos nesta parte do trabalho. Isso porque fica mais fácil para quem o lê apropriar-se dos efeitos de cada um dos medicamentos, de maneira aprofundada, após cientificar-se da quantidade de pacientes que abandonaram o cigarro e quais desses medicamentos fizeram uso para tal, caso tenha sido necessário. Os três medicamentos citados foram o "adesivo de nicotina", "bupropiona" e "goma de mascar". A fundamentação teórica utilizada para explicar cada um dos medicamentos no contexto do tratamento encontra-se em Rangé (2001):

1. Adesivo de nicotina: os "adesivos de nicotina" foram desenvolvidos com o objetivo de facilitar o uso e, com isso, aumentar a aderência do uso da chamada *Terapia de reposição de nicotina* (sem grifos no original). A terapia de reposição de nicotina consiste na aplicação de sistemática de medicações que distribuem nicotina e princípios comportamentais para estabelecer e manter a abstinência do tabaco. Os adesivos só precisam ser colocados uma vez ao dia (preferencialmente pela manhã) e trocados no dia seguinte. Não impedem que o indivíduo faça esporte.

O efeito colateral mais comum relacionado a essa terapêutica é a ocorrência de irritação cutânea no local da aplicação do adesivo. Para diminuir tal risco, deve-se revezar o local de aplicação. Os sítios preferidos são a saliência do músculo deltóide, a região anterior do tórax e a região interescapular. Também para que não haja irritação da pele, deve-se evitar a exposição direta dos adesivos aos raios solares.

No Brasil, estão disponíveis nas farmácias os adesivos Nicotinel TTS (nas doses de

30, 20, 10mg) e o Niquitin (nas doses de 21, 14 e 7 mg). O tempo médio de tratamento é oito semanas, fazendo uma redução progressiva das doses. Alguns pacientes, entretanto, podem ter a necessidade de usar os adesivos por até um ano.

Por outro lado, fumantes de mais de 20 cigarros/dia podem apresentar necessidades diferentes de fumantes mais leves. Os primeiros têm maior dificuldades de parar, ressentem-se mais dos sintomas da abstinência e têm mais episódios de "fissuras" para parar. Há evidências de que altas taxas de abstinência possam ser mais altas quanto maiores as doses iniciais dos adesivos. No caso de fumantes de 40 cigarros/dia, por exemplo, podem ser utilizados dois adesivos de 21mg/dia (RANGÉ *apud* DALE, HURT, OFFORD *et al*, 1995).

Também os tabagistas mais dependentes de nicotina podem beneficiar-se do uso combinado de adesivos e gomas de nicotina. Dessa forma, podem obter mais alívio dos sintomas de abstinência, particularmente nos momentos de maior fissura. As gomas de nicotina são utilizadas *ad lib* no mínimo 4 e no máximo 20 vezes ao dia (RANGÉ *apud* FAGERSTROM, SCHNEIDER e LUNEL, 1993).

2. Bupropiona: Originalmente um antidepressivo atípico, foi o primeiro medicamento sem nicotina provado pela FDA para o tratamento do tabagismo. Seu mecanismo de ação é desconhecido, parece agir aumentando a concentração de dopamina no núcleo acumbens e afetando os neurônios noradrenérgicos no *locus ceruleus.*

A bupropiona é comercializada no Brasil com o nome de Zyban, com comprimidos de 150mg. Observa-se efetividade terapêutica com doses de 150 a 300mg/dia, sendo maior com 300 mg/dia. Doses abaixo de 150mg mostraram-se ineficazes.

Em geral, inicia-se com um comprimido de 150mg pela manhã por três dias. Passado esse período, pode-se acrescentar outro comprimido oito ou mais horas após o primeiro. Um

intervalo inferior a oito horas entre os comprimidos aumenta a vulnerabilidade a crises convulsivas, o efeito colateral mais temido desses medicamentos. Ao contrário das Terapias de Reposição Nicotínicas, a bupropiona deve ser introduzida de uma a duas semanas antes da data estabelecida para deixar de fumar a fim de que sejam alcançados níveis plasmáticos constantes. A dose de 300mg deve ser mantida por pelo menos três meses, quando então pode ser suspensa, não necessitando da diminuição gradual das doses (RANGÉ *apud* HURT *et al*, 1997).

A bupropiona parece ser especialmente eficaz na redução do ganho de peso associado à abstinência ao tabaco, diminuindo tal ganho de uma média de três para 1,5kg. Pode ser utilizada também a combinação da bupropiona com uma terapia de reposição da nicotina, especialmente naqueles pacientes que já tentaram inúmeras vezes ou que não conseguiram com nenhuma das medicações isoladamente. Apesar de no único estudo comparativo entre bupropiona isoladamente e em conjunto com uma Terapia de Reposição de Nicotina a melhor eficácia no tratamento combinado não ter sido estatísticamente significativa, a opinião dos especialistas nacionais e internacionais discorda (RANGÉ *apud* JORENBY, LEISHOW, NIDES *et al.*, 1999).

Seus efeitos colaterais mais comuns são insônia, boca seca e tontura. Tem como contra-indicações o uso dos IMAOs e condições que baixam o limiar convulsivante, tais como: história familiar ou pregressa de convulsão, epilepsia, trauma do sistema nervoso central (AVC, traumatismo cranioencefálico, cirurgia craniana), transtornos alimentares e uso concomitante de drogas.

As condições relacionadas ao uso de drogas que devem ser tratadas com cuidado devido à diminuição do limiar convulsionante são: abuso ou dependência de álcool ou outras drogas, abstinência de álcool ou sedativos, uso de estimulantes ou anorexígenos e diabete em

uso de hipoglicemiantes.

Recomenda-se também que as doses não excedam 300mg por dia e que doses únicas não excedam 150mg. Tomando-se estes cuidados, a bupropiona é uma medicação segura e com efeitos colaterais leves e toleráveis.

3. Goma de mascar: também chamada de "gomas de nicotina", já são utilizadas nos Estados Unidos há mais de 10 anos e lá são vendidas sem prescrição médica há pelo menos quatro anos. No Brasil, a única goma disponível no mercado recebe o nome de Niquitin e pode ser encontrada na dose de 2mg (em outros países, também se encontra na dosagem de 4mg, mais adequada para fumantes pesados – mais de 20 cigarros por dia). A FDA recomenda seu uso acompanhado de um programa comportamental.

Sua utilização apropriada é fundamental para a eficácia terapêutica. Apesar de serem gomas de mascar, não devem ser mastigadas como um chiclete comum. A goma deve ser mascada lentamente até que se sinta um sabor picante (o sabor da nicotina sendo liberada). Depois disso, deve-se depositá-la entre a bochecha e a mandíbula até que o sabor desapareça. A partir de então, o mesmo ciclo de mastigar e depositar a goma deve ser repetido até que se completem 30 minutos do uso da mesma quando deve ser desprezada.

As taxas de abstinência alcançadas parecem ser maiores quando essas gomas são utilizadas em regime fixo de administração (a cada hora enquanto acordado), ao invés de *ad libitum.* Além disso, o uso de bebidas ácidas 15 minutos ou 15 minutos após sua utilização prejudica sua absorção, e a ingestão de líquidos enquanto estiver sendo mascada pode "lavar" a nicotina bucal, tornando o produto ineficaz.

A maioria dos pacientes precisa mascar de 10 a 15 gomas por dia para alcançar a abstinência (RANGÉ *apud* FAGERSTROM, SCHNEIDER e LUNEL, 1993). São raros os

relatos de dependência às gomas de nicotina.

Após a exposição desta breve revisão sobre os mecanismos de ação dos medicamentos, bem como da colocação do quantitativo de pacientes inscritos no programa, da quantidade dos que deixaram de fumar em comparação à quantidade de inscritos no programa, gera-se uma primeira impressão sobre o grau de efetividade de grupos de apoio na terapêutica tabagista: a de que eles não são eficazes. Afinal, como propugnar pela eficácia de um programa que, em nenhum momento, teve sequer 50% de eficácia em algum dos grupos?

Falta de motivação não era um problema com o qual nos deparávamos nos grupos. Os pacientes que buscavam o programa já o faziam com o desejo de parar de fumar, já nos procurando com um grau de motivação. Ainda os que eram compelidos pela família, amigos, parentes, após a primeira sessão (a qual era estrutura evidenciando os malefícios do cigarro de uma perspectiva holística), saiam decididos a abandonar o fumo. A motivação, aqui compreendida etimologicamente, de *movere*, levar alguém em direção a alguma coisa, estava presente. Ainda que pudesse explicar a realidade de *alguns* participantes, uma "teoria da motivação insuficiente" não é capaz de explicar a razão de mais de 50% de cada um dos grupos em não abandonar o programa com uma experiência exitosa para contar.

Falta de dinheiro da passagem também. Havia pacientes que iam a pé para a UBS, tão grande seu desejo de abandonar o vício. Com a participação do serviço social no programa, mesmo que tal problema fosse a explicação maior para o abandono do programa, tal empecilho seria removido pela equipe do programa.

Falta de medicamento tampouco chega perto de explicar tão complexa realidade. Apesar de utílimos no processo, a medicação atuava como coadjuvante, a maioria dos participantes que obteve êxito na experiência o fez mais por conta própria, do que pela

medicação. Em caso de dúvidas, consultar tabela acima. Se se atribui aos medicamentos o sucesso dos participantes que abandonaram o vício, o que dizer da maioria que o utilizou e não abandonou o cigarro?

Dessarte, deixar-se-á o estudo de possíveis “variáveis intervenientes” para outros pesquisadores que desejem aventurar-se neste domínio do saber. Afinal, como o objetivo da presente pesquisa não inclui “demonstrar verdades universais e irrestritas”, deixa-se para outros a tentativa de mostrar que possamos estar errados em nossa tese de que, especificamente aqui, utilizar nomenclaturas para meramente mascarar fatos é incorrer no erro da falácia nominal.

Com base no exposto, alguns já poderiam afirmar que a terapia em grupos para fumantes, com ênfase na TCC e em psicofármacos é um fracasso. Antes desta conclusão, pede-se ao leitor que passe a ler a próxima fase do trabalho: a parte qualitativa.

Esta parte da pesquisa, como já explicitado, foi embasada no método da análise de conteúdo, levantando algumas categorias que foram organizadas em núcleos de significação. Para melhor explicação a respeito dos núcleos de significação faz-se necessário lançar-se um olhar sobre o pensamento de Vygotsky (1996), a respeito do repertório discursivo.

"Quando diversas palavras se fundem numa única, a nova palavra não expressa apenas uma idéia de certa complexidade, mas designa todos os elementos isolados contidos nessa idéia (p.182)".

Partindo desta idéia é que se pensa na organização das categorias pelo que se denomina núcleo de significação, optando-se pelo termo no sentido de fugir de categorização estanques do ponto de vista da análise, ainda mais por que os objetivos se referem aos estudos dos sentidos em seu caráter complexo, sendo possível, pelo conceito de núcleo de

significação, fazer associações entre os sentidos de forma mútua, bem como com aspectos das dimensões da categoria de sujeito, configurações subjetivas e subjetividade social e individual.

Pode-se entender por núcleo de significação o aglutinamento de significação com valores semânticos semelhantes, a partir de indicadores que revelam o mesmo conteúdo temático (OZELLA & AGUIAR, 2006).

Com essa idéia clarificada, são apresentadas a seguir as categorias levantadas em núcleos de significação feitas nesta pesquisa. É importante lembrar que elas se correlacionam e se constituem, sendo separadas por fins didáticos, mas o esforço da análise foi sempre de integração.

Igualmente importante salientar é o fato de que o objetivo deste projeto pautava-se pela investigação enquanto grupo (o grupo dos usuários tabagistas em busca da cessação do vício), mas todos os sentidos apreendidos nos núcleos temáticos se aplicam a cada um individualmente. Dito de outra maneira, nem todos os participantes apresentaram em seus discursos todos os núcleos de significação levantados na análise, o que mostra a diversidade e a singularidade das formações subjetivas.

Os sujeitos entrevistados correspondem a grupos diferentes e ilustram categorias diferentes: há entrevistados que pararam de fumar, há outros que não pararam. Foram nomeados com “E” seguido de um número, que mostra a ordem em que foram entrevistados. Por óbvias questões de sigilo e de ética, os nomes foram omitidos, restando apenas o “E” seguido de um número. Os núcleos foram categorizados e nomeados como apresentado a seguir:

1. Fumar como prazer e resolução “fácil” de problemas. E1: *Quando*

procurei o posto, fumava mais de duas carteiras de cigarro por dia. Aquilo pra mim era um verdadeiro alívio: se eu tava com nervoso, fumava; se brigava com os menino, fumava; se ia pra rua e o ônibus custava a passar, fumava também. O cigarro me dava prazer, um alívio pra tudo. Como ilustra o depoimento do participante, o cigarro era buscado como satisfação de uma necessidade tida como desprazerosa, no intuito de aliviar-se um sentimento ruim. No decorrer das sessões, esse aspecto sempre era salientado como uma disfunção cognitiva, no sentido de que se pensa no cigarro como uma única solução para tudo, tirando-se do paciente a responsabilidade de que *ele* pode encontrar soluções maduras para seus problemas. Entretanto, parece que o efeito do que se diz só aparecia por ser dito no contexto grupal:

E2: *Eu vinha pro grupo pensando que ia ser a única pessoa que tinha os problemas que tinha. Tipo: quando eu cheguei lá e... (pausa)... e vi que tinha outras mães que tinha os filhos problemáticos, sabe... E que eu não era a única que fumava pra aliviar a dor de cabeça que a minha menina me dava... Sei lá, é como se isso me desse força pra também resolver minha vida de outro jeito, sem ser tendo que ir correndo pegar um derby!*

A dificuldade em parar de fumar vem expressa nos depoimentos acima. Mais do que vir motivado a abandonar a adicção, o usuário precisa perceber que a realidade não mudará porque ele está tentando parar de fumar. Provavelmente seja esse um dos fatores que mais contribuem para que um paciente desista de seu objetivo. Esquematicamente.

Paciente que para de fumar = realidade + desejo. A realidade não muda para melhor, podendo piorar. O desejo de parar sobrepõe-se, adapta-se à realidade hostil, larga o vício, enfrentando-a de outro modo, menos prejudicial a si e aos outros.

Paciente que não para de fumar= realidade + desejo. A realidade também não muda para melhor ou mesmo piora. A realidade não é percebida como enfrentável de um modo

diferente, o cigarro continua sendo o único método. Ainda que outras alternativas sejam apresentadas, só os “mais fortes” conseguirão realizá-las. O fumar é a solução mais fácil, a única que “fornece” prazer, em meio ao sofrimento.

2. O fumar como satisfação do proibido. E2: *lembro de certa vez em que estava em um local em que era proibido fumar. Era num restaurante, sabe? Entrei sem vontade alguma de acender um cigarro, mas quando vi a plaquinha com o cigarro cortado ao meio... Nossa, aquela mensagem de proibido ativou todos os meus neurônios... Eu acho que é os neurônios, sei lá e tals... Enfim, fiquei louco com aquilo e fui pro banheiro fumar! (risos) Você não tem noção do quanto aquilo foi maravilhoso pra mim...*

A narrativa acima é um caso ilustrativo do quanto o “fumar” pode representar prazer frente ao “proibido”. Ao que se nota, quanto mais alguém diz ao fumante “não fume!”, mais ele sente vontade de fazê-lo. É também o que se depreende do seguinte relato:

E3: *Eu comecei a fumar com 13 anos. Hoje, quando paro pra me perguntar o porque de eu ter começado a fumar, chego à conclusão de que isso não importa. Dentro dessa abordagem que vocês fizeram aqui no programa, eu me pergunto mesmo é quais foram os reforços que me fizeram continuar fumando... E me vem logo à mente a lembrança de os meus pais me dizendo “pare!” ou “você não pode continuar fazendo isso!” ou “se eu te pegar com cigarro, vou te dar uma surra!”. Cada vez que eles me diziam isso, eu fazia cara de resignada, como quem concordasse com tudo... Aí que vinha o problema: quando eles entravam no meu quarto, o cheiro da fumaça era infinitamente maior! Porque quanto mais eles me diziam pra parar, mais desejo eu tinha, com mais prazer eu fumava. E aí o ciclo recomeçava e eu me tornei essa viciada que vocês viram aqui durante esse tempo...*

São por depoimentos como esses que a categoria de fumar como satisfação do

proibido emergiu. Ao que tudo indica, proibir torna-se uma atitude de caráter contrário às expectativas. O melhor seria, ao invés de proibir, mostrar ao fumante os malefícios do cigarro, da maneira mais neutra possível, de forma a deixar que ele entenda os malefícios que ele mesmo está produzindo:

E3: *Mas quando eu estive aqui, depois da primeira sessão, que vocês mostraram aquele pulmão roxo, aquelas fotos todas do que o cigarro faz com a gente... (pausa). Foi meio que um choque, sabe? Acho que se os meus pais tivessem feito isso o que vocês fizeram, de mostrar as coisas, numa situação meio como se a gente tivesse conversando numa boa, teria sido muito diferente! Porque eu vim pra cá, porque já tava com enfisema e o médico me disse que era daí prum câncer... Então aquilo pra mim já era um motivo... E quando eu vi tudo aquilo, vocês não sabem o que fizeram comigo... Eu saí daqui dizendo: "Hoje, eu paro!".*

Isso mostra a importância de um trabalho preventivo, em que as pessoas não sejam compelidas, de uma forma obrigatória, a abandonar o vício. Ao que se visualiza, o mais indicado é deixar que os fumantes se "empoderem" da situação, de forma a se sentirem, autonomamente, responsáveis por uma postura de mudanças de atitudes/hábitos, frente ao cigarro. Crê-se, também, que tal raciocínio pode mesmo estender-se a outras drogas.

3. Não fumar como liberdade. E4: *Ah sim, hoje quando eu me percebo sem fumar (finalmente, né?, risos), eu me sinto é... deixa eu achar uma palavra... (pausa) livre! É como se eu convivesse anos com um "amigo" e no fim de tudo descobrisse que aquela amizade era falsa, que a pessoa queria mesmo era me destruir... Pausa. Respira emocionada... Sabe, eu vou contar um segredo que ainda não tinha falado pra ninguém. Meus netos não me abraçavam já fazia muito tempo... (pausa para choro). Toda vez que eu chegava perto deles, eles me diziam: "Ah não vovó, lá vem a senhora, só cigarro!". E hoje, que já ta fazendo uma semana que eu não fumo, eles é que vem me abraçar e ainda dizem que eu to*

cheirosa, conseguem sentir o cheiro do meu perfume... Não tem como eu não dizer outra palavra. Eu me sinto LIVRE! E põe em maiúsculo aí na sua entrevista! (risos).

O depoimento supra relata-nos a experiência de estar sem fumar como uma experiência de liberdade. Esse "libertar-se" do que tanto se relatou em admitir como prejudicial, visto como fim de algo escravizante, repete-se mesmo nos comentários de quem não conseguiu libertar-se completamente do fumo:

E5: *Eu ainda tô meio triste de ta saindo daqui fumando cinco cigarros. Eu adotei aquele método de parar devagarinho, fumava vinte, vinte e cinco cigarros por dia, mas to sentindo que eu parei, que não consegui largar esses cinco. Mas eu vou conseguir, vou me libertar dessa escravidão. Assim que eu conseguir, eu volto aqui no próximo grupo, quero vir dar meu depoimento também, dizer "Olha gente, eu tô livre, vocês também vão conseguir, como eu consegui!". Pode anotar aí, eu vou me libertar!*

Esses depoimentos denotam uma esperança real (de fato, o paciente em questão conseguiu parar de fumar!) e nos mostram que o tempo proposto para intervenção em cada grupo, quando o participante de fato deseja parar de fumar, pode não ser o necessário, variando individualmente. Mostra-nos que o importante é deixar ao paciente os instrumentos para que possa continuar, *per si*, o trabalho que iniciou coletivamente. Essa instilação de esperança, conforme nomenclatura de Yalom, ao tratar da terapia cognitivo-comportamental em grupos, revela-se ventilada. Afinal, a própria liberdade consiste nessa autonomia dada ao indivíduo de pensar por si mesmo e perceber que há sempre o livre arbítrio em jogo: ele pode tanto fumar, como não fumar. Em grupo, ele aprende que realmente a segunda opção está disponível e pode, por sua própria decisão, corrigir suas disfunções cognitivas. Talvez seja por isso que eles mesmos relatem se sentirem livres.

4. A fissura enquanto enfrentamento de si mesmo. E6: *"Acho que o momento mais difícil era aquele de fissura. Caramba, me dava um desespero, uma tontura, eu queria sair gritando com todo mundo! Uma irritação que não tinha fim! Daí eu pensava: "Epa, quem é que manda em mim? Sou eu mesmo ou a porra desse vício?" E eu lembrava do que vocês disseram no grupo, que esse momento de fissura durava só cinco minutos. Se eu tava no trabalho, puxava assunto com a minha colega, se tava em casa, colocava o som e ficava esperando a música tocar. Daí foi uma coisa aos poucos, sabe? No começo, era muito difícil, depois foi ficando só difícil. Ainda não ta fácil, sabe? Mas também num ta mais tão ruim como era. Eu to me vencendo, cara!*

Esse sentimento de lidar com os momentos de fissura esteve presente em todos os grupos e nos mostra como os indivíduos se sentem ao enfrentar, de fato, o vício. Surge no momento em que o indivíduo toma a decisão de parar. De forma gradual ou abrupta, a nicotina começa a diminuir no organismo, os hábitos começam a ter de mudar e o indivíduo começa a viver momentos intensos de angústia e frustração. O consolo é seu aprendizado, ao saber que sua fissura durará cinco minutos ou que outras pessoas também estão passando por esses mesmos enfrentamentos. O desânimo vem da constância com que tem que enfrentar esses momentos de fissura, proporcional ao grau de dependência ao cigarro. É nesse contexto que a categoria "fissura como enfrentamento de si mesmo" aparece:

E7: *Acho que ninguém tem noção do que eu passei no começo. Eu parei de forma abrupta, sentia um comichão no meu corpo todo. Lembro que eu me agarrava na cadeira, minha neta me perguntava o que eu tinha e eu mandava ela sair de perto de mim, se não eu ia dar uma surra nela! Daí meu marido, que entendia o que eu tava passando, chamava a bichinha num canto e explicava pra ela que era pra ela ter paciência, porque a vovó tava tentando parar de fumar e que ficava muito irritada sem o cigarro. A minha netinha ficava*

feliz, parecia entender e nem ficava chateada. Nessas horas eu pensava comigo mesmo. "Vou vencer esse demônio dessa fissura que ta em mim, ah se não vou!"

Ainda que chamando a fissura de demônio, é perceptível que a usuária reconhece essa luta de si para si, corroborando essa idéia de luta interna.

5. A recaída enquanto experiência. E7: *eu lembro de um momento muito triste durante o meu processo de parar de fumar, que foi por volta da segunda semana de tratamento. Eu estava indo super bem, já tinha parado estava com três dias. Daí veio a morte de um vizinho, que era mais que um vizinho, era um amigo, um irmão de peito. Naquele dia, eu fumei 7, 8 carteiras de cigarro de uma vez. Quando fui pro enterro com minha esposa e meus filhos e vi todo o sofrimento da família dele, que chorava e lamentava de uma forma tão terrível, eu pensei: "se a minha família passar por essa dor por minha causa, eu juro que não vai ser pelo cigarro!". Desde essa recaída, nunca mais coloquei um cigarro na boca.*

A experiência da recaída foi praticamente uma constante nos grupos. Raros foram os casos de pacientes que pararam de fumar sem ter, pelo menos, uma recaída. Esse fato, que ocorre durante o processo de abstinência, está ligado a múltiplas variáveis, das quais o caso acima é um exemplo: um estresse pós-trauma, uma reação orgânica à falta de nicotina, "um momento de fraqueza", termo que os usuários gostam muito de utilizar, para se referir a quaisquer situações em que o uso de cigarro, já interrompido, acaba por se fazer presente. Neste jogo de múltiplas variáveis, a recaída acaba sendo uma experiência.

E8: *uma situação ótima que vivi no grupo foi quando tive uma recaída. Estava morrendo de vergonha de contar que havia fumado durante a semana anterior, pensei mesmo em abandonar o grupo de tanta vergonha que fiquei. Foi quando M.* (M. era um participante do grupo do qual participava E8) *falou que havia tido uma recaída e lembro que você* (você,

nesse contexto, refere-se ao voluntário deste PIBIC, à época, estagiário de Psicologia) *disse a M. que ela não podia se cobrar daquela forma, que deveria encarar a recaída como um tropeço, muitas vezes necessário para que evitássemos uma queda maior. Lembro também que o grupo inteiro concordou com aquilo. Nossa, aquilo me motivou de tal forma que, quando cheguei em casa, peguei minha carteira de free e a joguei pela janela, decidida a nunca mais me aproximar do cigarro. Daquele dia em diante, nunca mais cigarro! Chego até a dizer que agradeço àquela recaída. (risos)*

Como se vê neste depoimento, muitas vezes a recaída é encarada de uma forma errônea, como algo que só traz conseqüências negativas, representando, "de fato", a incapacidade de abandonar o vício. Quando se mostra aos participantes que este pensamento é uma "catastrofização", utilizando termos da terapia cognitivo-comportamental, estes tendem a rever tal conceito, permitindo-se reavaliar o acontecido, sob uma ótica diferente, menos "sofrida". Quando esses medos são socializados e a pessoa se percebe nas outras, que também vivem sua realidade, nota-se uma tendência a amenizar esse "sofrer", como também mostra o enxerto de fala acima.

6. Famílias, parentes, amigos como fonte de estímulo e de retrocesso – o drama da ambivalência. Ao se avaliar como família, parentes e amigos participam do processo de parar de fumar, percebe-se uma dupla influência sobre os participantes: ora como positiva, ora como negativa. Isso acaba por ser um problema adicional ao fumante que já vive, ele mesmo, um problema de ambivalência. Por ambivalência, entenda-se a dubiedade do fumante entre o parar e o não parar de fumar, vivenciado pelos participantes. Se, por um lado, o fumante entende que parar irá torná-lo uma pessoa mais saudável, menos nociva a si mesmo, socialmente aceita; por outro, ele sabe que o processo será doloroso, difícil, gerando sofrimento físico e mental. Daí que aqueles que cercam o indivíduo, especialmente os mais

próximos (e aí entram família central, parentes e amigos), exercem grande influência sobre ele. Os depoimentos abaixo ilustram variadas situações:

E9: *minha família já não me agüentava mais fumando. Lembro quando minha esposa chegou a mim, da maneira carinhosa como sempre agiu comigo e com nossos filhos e me disse: "Filho, eu estou com saudades do homem que conheci. Aquele homem bem vestido, cheiroso, inteligente, que me conquistou. Desculpa, mas se continuar assim, não dá mais pra mim. Você tá fedendo, filho..."* (nesse momento, o entrevistado parou pra chorar) *Desculpa. "Desse jeito não ta dando, eu chegar ao ponto de ter que te dizer isso. Não consigo sequer te beijar quando acordo, você já parou pra sentir seu hálito?"* (paciente pára para chorar novamente) *Foi quando eu vim aqui procurar o tratamento. Uma das maiores emoções da minha vida foi quando a vi, na última sessão, emocionada ao meu lado, por eu ter parado. Se não fosse por ela e pelas crianças, talvez eu sequer tivesse chegado aqui. Pior: talvez sequer tivesse me interessado em parar.*

E10: *bem, eu passei um tempo sem ir jogar dominó com os amigos. A gente tinha o hábito de se encontrar no domingo, mas era muito difícil pra mim chegar lá e ver todos fumando. Sem contar que sempre fumo mais quando estou bebendo. E lá sempre tem gelada. Pra completar, eles sempre me dizem: "meu amigo, saí dessa, pau que nasce torto nunca se endireita. Você não vai conseguir!". Cara, isso me desestimulava muito. Você sabe que eu to saindo daqui sem ter conseguido. Então, se eu for pra lá, aí que não vou conseguir mesmo. Volto no próximo grupo, quando tiver parado de certeza,daí volto a jogar dominó com eles".*

E5: *pra mim tava sendo mais difícil parar de fumar porque eu morava só com um primo. E ele fumava muito! Já pensou, o cara tentando parar de fumar, morrendo de vontade, daí chega a única pessoa com quem você mantém contato fumar na sua cara?! Putz, era foda! Foi quando eu disse: "mano, ou você pára de fumar na minha frente, ou vou ter que ir*

embora e rachar o aluguel com outra pessoa!". Ainda bem que ele compreendeu e não fez mais. Pelo menos, ele não ficava me dizendo que eu não ia conseguir, como o pessoal lá do grupo dizia que tinha gente que falava pra eles!

E4: *meus netos me ajudaram muito. Você acredita que, às vezes, eu queria fumar escondido, né, daí eles vinham e me pegavam no flagra! Eu tentava disfarçar, mas eles diziam: "vovó, pisa no cigarro agora, se não eu vou contar pra mamãe!" Eu ficava pensando: "Meu Deus, esse mundo tá perdido! Onde já se viu, meus netos tomando conta de mim!". E, morrendo de vergonha, jogava o cigarro fora, sem dizer uma palavra. Daí um virava pro outro e eles ficavam se combinando sobre quem ia continuar me olhando.* (risos).

E3: *Hoje em dia, tenho uma boa relação com eles.* (referindo-se aos pais) *Acho que eles compreenderam o meu jeito de ser e eu compreendi o jeito deles. Mas foi aqui no grupo, convivendo com pessoas diferentes, incluindo gente que é pai e que é mãe, que eu aprendi o que meus pais sempre quiseram me dizer, do jeito rude lá deles. O fato de eu parar de fumar soou pra eles como uma trégua e acho que era isso mesmo que eu queria. Fico muito feliz quando minha mãe me recebe com meu prato predileto ou quando meu pai pensa que eu estou dormindo e vai lá me dar um beijo. Sei que parar de fumar não fez bem nem só pra mim, nem só pra eles. Fez bem pra todos nós, né?*

Como salientado no início deste tópico, o sentimento de ambivalência pode ser reforçado tanto positiva como negativamente. Ao ser fonte de estímulo, perseverança, família e amigos tendem a ser potencializadores de bons resultados na cessação do vício. Ao contrário, quando desestimulam, desacreditam, há um perigoso reforçamento negativo, que tende a desencorajar o fumante no processo de libertação.

7. Auto-avaliação enquanto reforço positivo ou negativo, o drama da

identidade. Interessante categoria surgida da avaliação feita de como a pessoa se vê antes e após o tratamento. Respostas abaixo:

E1: *eu sou uma pessoa batalhadeira, sabe? Eu tomei a decisão de batalhar aqui. Quando eu entrei, acho que eu era um soldado sem arma. Agora que to saindo, sou um soldado preparado pra todos as lutas, né? O cigarro, o grupo, o pessoal daqui do posto me ensinou muita coisa. Eu num sei se tô respondendo direito, o que eu quero falar é que não sou mais a mesma pessoa que eu era antes.*

E2: *Caramba, ô perguntinha difícil essa. Deixa eu ver... Como eu era antes e como eu sou agora? Cara, antes eu era muito rebelde, não acreditava que as coisas pudessem mudar, entende? Eu entrei fumante, vou morrer fumante, mas quero ver o que esse grupo acha que pode fazer comigo. Hoje, quando eu vejo as pessoas fumando e o cheiro da fumaça me dá vontade de vomitar, eu penso que não sou mais o E2...* (risos) *Então, assim, hoje eu sou uma pessoa que acredita na mudança, porque ela partiu de mim, então os outros também podem, né?*

E3: *Eu me vejo uma pessoa diferente demais. Quando eu entrei era um modo de ser, agora é outro. Eu noto que desenvolvi meus sentimentos. O cigarro era um jeito que eu tinha de abafar o que eu sou hoje. Tipo, se era pra demonstrar um sentimento de amor, eu acendia um cigarro e não precisava mais. Se era pra mandar todo mundo pra bem longe, eu acendia outro cigarro. E assim vai. Então, hoje eu acho que mudei, porque troquei o cigarro por uma forma mais madura, menos disfuncional, como vocês dizem né, de encarar meu jeito de ser e de amar, sentir, sei lá".*

E4: *vocês me fizeram foi mal, porque quando me perguntam o que eu sou, me vem logo na cabeça a imagem de uma velha chorona!* (risos) *Tô brincando. Eu sou uma pessoa*

muito emotiva, agora que parei de fumar, apenas me tornei mais, porque tenho um contato mais é... real com as pessoas, como eu disse né, meus netos me abraçam e isso mexe muito comigo. E não é só carinho deles, é dos meus filhos, dos meus amigos de verdade... Isso me faz bem, eu sou uma pessoa renovada, melhor, sem o cigarro, um outro mundo se mostrou pra mim. Então eu sei que eu sou uma nova pessoa, né.

E5: *olha, quando eu cheguei aqui, o cigarro era só mais um problema. Eu tava me separando da minha mulher, com uma filha pequena, indo morar só com meu primo. Aquilo agravava minha situação de fumante, porque eu achava que era a pessoa com mais problema no mundo. E haja cigarro! Quando eu cheguei no grupo, vi aquele senhor que já tinha tido câncer de boa, vi idosos querendo largar o vício, vi gente com a família junto porque já tava com a saúde comprometida. Então, foi como se eu tivesse tomado uma injeção de ânimo pra não desistir. Eu me vejo, depois do grupo, como um lutador tentando ganhar uma guerra.*

E6: *pra não dizer que sou uma pessoa totalmente melhor, tem o fato de eu ter ganhado uns quilinhos a mais e estar um pouco irritado. Mas eu acredito em vocês* (referindo-se à equipe) *e estou esperando que isso seja algo passageiro, que vá passar. Antes eu era uma pessoa, agora sou outra. Acho que tô melhor, né psicólogo?* (risos)

E7: *eu não se foi pelo sentimento de perda que eu passei durante o grupo, se foi pela minha família, se foi por ter parado, só sei que tenho um sentimento muito grande pelo grupo. Os profissionais, os companheiros, foi tudo muito bom, eu nem sabia que existia esse tratamento tão bom no SUS! Antes de vir pra cá, eu era uma pessoa meio sem noção das coisas, muito desligada, vivendo a vida por viver, acho que é isso. Hoje não, eu olho as coisas de outra forma, supondo menos. Aprendi a policiar meus pensamentos com vocês. Eu não sei me definir, só sei que não sou mais o mesmo.*

E8: *Huuuuum. Eu vivo mais e sofro menos!* (risos) *Parei de viver pra pensar, penso mais pra viver. Sem cigarro, de preferência!*

E9: *Depois desse grupo, acho que eu sou um alguém que dá mais valor a mim e a minha família. Vou cuidar mais da minha saúde, valorizar quem me ama, coisa que o cigarro jamais fez por mim. Sou um cara realmente de família agora.*

E10: *tô tentando tirar da minha mente essa idéia de fracasso, pra largar o cigarro. Quero falar sobre isso quando estiver realmente livre do vício.*

Neste tópico, tentei relatar com máxima riqueza de detalhes as respostas de cada um dos entrevistados, por perceber que a questão elucida-nos diferentes maneiras de ser no mundo, de se ver e de se avaliar enquanto ser humano, esbarrando diretamente na questão da identidade. E, neste caso, é perceptível que a categoria "identidade" da psicologia sócio-histórica aparece em toda sua plenitude, ao mostrar o homem como um ser em constante metamorfose, moldando-se às experiências que o mundo oferece, de sua realidade circundante. Em todos os depoimentos aparecem expressões que mostram os participantes como não sendo mais os mesmos, pensando de modo diferente, ainda que a experiência não tenha sido de todo exitosa.

É diante deste referencial teórico que González Rey (2002) propõe uma representação da subjetividade. Em suas palavras:

> Considero a subjetividade o sistema de significações e sentidos subjetivos em que se organiza a vida psíquica do sujeito e da sociedade, pois a subjetividade não é uma organização intrapsíquica que se esgota no indivíduo, mas um sistema aberto e em desenvolvimento que caracteriza também a constituição dos processos sociais, tema que tenho explicado por meio da categoria de subjetividade social (p. 61).

O tema da subjetividade é adotado a partir de uma perspectiva dialógica, dialética e complexa, em que a subjetividade não aparece coisificada em nenhum tipo de entidade, nem

de invariante universal da natureza humana, mas que se expressa como um sistema complexo em constante avanço, que constitui o sujeito concreto, e por sua vez, é construída por aquele de forma permanente, por meio de sua constante produção de sentidos e significados dentro dos diferentes sistemas da subjetividade social em que desenvolve suas ações.

Nesta mesma obra, González Rey (2004) assume o caráter plurideterminado e contraditório da subjetividade que não se caracteriza por invariantes estruturais que permitam construções universais sobre a natureza humana, mas é antes uma estrutura versátil, flexível e complexa. Em outro momento de sua produção o autor expressa que Vygotsky dá direções para que se compreenda os processos psicológicos afastando-se de elaborações simplistas (2004). Por esta razão o próprio autor indica aproximações teóricas úteis das teorizações sobre a subjetividade numa perspectiva histórico-cultural com o pensamento complexo de Edgar Morin (GONZÁLEZ REY, 2007).

Esta reflexão torna-se interessante, uma vez que nos mostra o ser humano sendo além de algo estático. Pelo contrário, por ser movimento, dialética, o homem pode transformar-se, revendo-se constantemente. Isso é de extrema valia, uma vez que se não partirmos do pressuposto da mutabilidade do homem, qualquer tipo de trabalho, embasado no referencial teórico que seja, jamais representará, efetivamente, uma possível fonte de mudanças. Melhor: de mudanças que se estendam a longo prazo.

8. O organismo enquanto preocupação. E1: *uma das coisas que me fez vir pra cá foi o medo de morrer de câncer. Eu sempre tive muito medo dessa doença, eu tava tendo umas falta de ar, então eu comecei a ficar com aquilo na cabeça. No primeiro dia, quando vocês mostraram aquelas fotos, falaram aquelas coisas, ixi, fiquei com medo demais!*

O medo de desenvolver determinadas doenças orgânicas evidenciou-se em muitos

discursos, revelando um conteúdo a ser categorizado. De modo geral, os fumantes têm um medo grande de serem vítimas de alguma doença, em decorrência do cigarro:

E8: *[...] e tem também o medo de ter câncer, de morrer dum infarto, sei lá.. [...]*

Quando os fumantes vivenciam os primeiros efeitos positivos de uma vida sem cigarro, tal observação é seguida de muita alegria.

E1: *[...] então teve o dia que eu já tava um pouco sem fumar, um vizinho me disse que a minha pele tava cheia de vida. Na mesma hora eu fiquei pensando, sabe... Meu Deus, foi só largar o desgraçado que já comecei a ficar bonita!*

9. O grupo enquanto fonte de apoio e desafios. De maneira geral, o grupo é realmente um diferencial durante todo o processo. Todos os pacientes, em algum momento, citaram um grupo como um referencial positivo, de aprendizagem, de compartilhamento de experiências, entre outras designações. Isso leva pensar que há algo na dinâmica grupal que leva a esses pensamentos.

Yalom (1995) descreve a *instilação de esperança* como ingrediente necessário a toda psicoterapia, incluindo a de grupo. Ele sugere ser importante que os terapeutas reforcem diretamente o potencial da abordagem grupal e enfatizem resultados positivos de membros de outros grupos. A instilação de esperança, incluindo narrativas de *superação* feitas pelos membros, demonstra ser um componente importante de muitos grupos de auto-ajuda.

E3: *teve um dia em que veio um cara de um outro grupo, dizendo que além de cigarro, ele também usava maconha e que tinha abandonado os dois. Pensei: "porra, esse cara foi foda, deu a cara a tapa". Fiquei feliz quando percebi que o resto do grupo estava olhando a narração dele com a mesma cara que a minha.*

A *universalidade* descreve a descoberta de que outros sofrem com dificuldades semelhantes com freqüência, apesar da convicção dos pacientes de que seus problemas são únicos e, portanto, propiciadores de isolamento. Esse fator é mais inerente aos grupos do que a instilação de esperança, porque muitas vezes pode ser difícil que os pacientes em terapia individual reconheçam que seus problemas já foram vivenciados por outros. Yalom (1995) descreve o alívio sensível que membros de grupos podem sentir quando, talvez pela primeira vez, reconhecem que não estão sozinhos em sofrimento.

E8: *uma situação ótima que vivi no grupo foi quando tive uma recaída. Estava morrendo de vergonha de contar que havia fumado durante a semana anterior, pensei mesmo em abandonar o grupo de tanta vergonha que fiquei. Foi quando M.* (M. era um participante do grupo do qual participava E8) *falou que havia tido uma recaída e lembro que você* (você, nesse contexto, refere-se ao voluntário deste PIBIC, à época, estagiário de Psicologia) *disse a M. que ela não podia se cobrar daquela forma, que deveria encarar a recaída como um tropeço, muitas vezes necessário para que evitássemos uma queda maior. Lembro também que o grupo inteiro concordou com aquilo. Nossa, aquilo me motivou de tal forma que, quando cheguei em casa, peguei minha carteira de free e a joguei pela janela, decidida a nunca mais me aproximar do cigarro. Daquele dia em diante, nunca mais cigarro! Chego até a dizer que agradeço àquela recaída. (risos)*

10. TCC enquanto realidade. Mesmo que muitas vezes não sabendo "nomear" a TCC (terapia cognitivo-comportamental), ficou claro no discurso dos usuários a utilidade da TCC. Muitos chegaram mesmo a nomear algumas mudanças, atribuindo-as ao modelo de terapia:

E3: *Eu me vejo uma pessoa diferente demais. Quando eu entrei era um modo de ser, agora é outro. Eu noto que desenvolvi meus sentimentos. O cigarro era um jeito que eu tinha*

de abafar o que eu sou hoje. Tipo, se era pra demonstrar um sentimento de amor, eu acendia um cigarro e não precisava mais. Se era pra mandar todo mundo pra bem longe, eu acendia outro cigarro. E assim vai. Então, hoje eu acho que mudei, porque troquei o cigarro por uma forma mais madura, menos disfuncional, como vocês dizem né, de encarar meu jeito de ser e de amar, sentir, sei lá".

E6: *"Acho que o momento mais difícil era aquele de fissura. Caramba, me dava um desespero, uma tontura, eu queria sair gritando com todo mundo! Uma irritação que não tinha fim! Daí eu pensava: "Epa, quem é que manda em mim? Sou eu mesmo ou a porra desse vício?" E eu lembrava do que vocês disseram no grupo, que esse momento de fissura durava só cinco minutos. Se eu tava no trabalho, puxava assunto com a minha colega, se tava em casa, colocava o som e ficava esperando a música tocar. Daí foi uma coisa aos poucos, sabe? No começo, era muito difícil, depois foi ficando só difícil. Ainda não ta fácil, sabe? Mas também num ta mais tão ruim como era. Eu to me vencendo, cara!*

11. Medicamentos enquanto apoio ou enquanto mais fonte de medo.

Os medicamentos acabaram se mostrando uma fonte de ambivalência para alguns pacientes, enquanto que, para outros, foram fundamentais no processo:

E3: *eu ainda cheguei a pensar em usar os medicamentos, mas fiquei com medo de estar trocando uma coisa pela outra. Usar o adesivo de nicotina, mascar a goma, depois da explicação que a médica deu, era o mesmo que continuar colocando nicotina pra dentro. Pô, se eu queria me livrar do vício, como ia fazer isso colocando a mesma substância pra dentro de mim?*

E8: *eu usei a bupropiona, acho que esse era o nome. Foi muito bom pra mim, não tive nenhum efeito ruim. Ela me deixava bem, me aliviava os nervos. Foi fundamental pra*

mim. Acho que conseguiria sem ela, mas seria mais difícil.

Os depoimentos acima ilustram o fato de não haver unanimidade em torno dos medicamentos. Nem coadjuvantes, tampouco personagens principais, cada um atribuiu um valor diferente para os medicamentos, usando-os ou não. Entre os que os usaram, houve certo consenso acerca de seus benefícios, mas algumas pessoas se queixaram de alguns efeitos colaterais.

12. Perspectivas benéficas. Nesta última categoria, evidenciam-se as expectativas dos participantes sobre o que o futuro reserva. De modo geral, todos possuem visões benéficas sobre o porvir, vendo no grupo um "divisor de águas". Muitos indicarão os grupos para amigos fumantes.

E3: *eu acho que a minha vida só tem a melhorar de agora em diante. Sem cigarro, sei lá, acho que é como se eu tivesse uma segunda oportunidade, não que eu fosse morrer amanhã, mas de perceber que o recomeço sempre taí, na nossa frente, é só querer. E eu quero. Não vou me tornar um Caxias, de sair por aí falando que cigarro mata e outras coisas que todo fumante sabe que rola. Mas, se alguém me pedir ajuda, eu já sei o que fazer e pra onde mandar.*

E8: *quando eu penso no grupo como aquele ambiente que me acolheu, que me tratou tão bem, eu o vejo como um marco pra mim, me vejo como um antes e como um depois de lá. Vou indicar pros meus amigos que fumam, com certeza. Eu me vejo uma pessoa feliz no futuro, bem feliz!*

Relatados esses depoimentos, descritas as categorias, passa-se, então, às considerações finais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, foram evidenciadas doze categorias, que mostram o quão complexo se torna o trabalho com a adicção. Além disto, as categorias realçam também o grupo como fonte de estímulo (corroborando o pensamento de Yalom), bem como o espaço coletivo sendo utilizado para trabalhar os aspectos salientados pela TCC (correção de pensamentos disfuncionais, enfoque nas crenças nucleares, entre outros), conforme revisão empreendida nesta pesquisa. Esse conjunto multifacetado de variáveis vem expresso na fala dos participantes sendo esquematicamente representados abaixo:

CATEGORIAS	ENXERTOS SIGNIFICATIVOS	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES
Fumar como prazer e resolução "fácil" de problemas.	*Tipo: quando eu cheguei lá e... (pausa)... e vi que tinha outras mães que tinha os filhos problemáticos, sabe... E que eu não era a única que fumava pra aliviar a dor de cabeça que a minha menina me dava... Sei lá, é como se isso me desse força pra também resolver minha vida de outro jeito, sem ser tendo que ir correndo pegar um derby!*	Percebe-se neste trecho a atribuição ao cigarro de "resolução" para os problemas ("não era a única que fumava para aliviar a dor de cabeça...").
O fumar como satisfação do proibido.	*Lembro de certa vez em que estava em um local em que era proibido fumar. Era num restaurante, sabe? Entrei sem vontade alguma de acender um cigarro, mas quando vi a plaquinha com o cigarro cortado ao meio... Nossa, aquela mensagem de proibido ativou todos os meus neurônios... Eu acho que é os neurônios, sei lá e tals... Enfim, fiquei louco com aquilo e fui pro banheiro fumar! (risos) Você não tem noção do quanto aquilo foi maravilhoso pra mim...*	A atribuição que se dá ao fumar como prazer por ir de encontro a uma interdição é sugerido durante toda a fala.

Não fumar como liberdade.	*Eu ainda tô meio triste de ta saindo daqui fumando cinco cigarros. Eu adotei aquele método de parar devagarinho, fumava vinte, vinte e cinco cigarros por dia, mas to sentindo que eu parei, que não consegui largar esses cinco. Mas eu vou conseguir, vou me libertar dessa escravidão. Assim que eu conseguir, eu volto aqui no próximo grupo, quero vir dar meu depoimento também, dizer "Olha gente, eu tô livre, vocês também vão conseguir, como eu consegui!". Pode anotar aí, eu vou me libertar!*	O trecho "vou me libertar dessa escravidão" relata uma angústia expressa pelos pacientes antes, durante e após o término do tratamento. Se não de todos, pela maioria.
A fissura enquanto enfrentamento de si mesmo.	*Acho que ninguém tem noção do que eu passei no começo. Eu parei de forma abrupta, sentia um comichão no meu corpo todo. Lembro que eu me agarrava na cadeira, minha neta me perguntava o que eu tinha e eu mandava ela sair de perto de mim, se não eu ia dar uma surra nela! Daí meu marido, que entendia o que eu tava passando, chamava a bichinha num canto e explicava pra ela que era pra ela ter paciência, porque a vovó tava tentando parar de fumar e que ficava muito irritada sem o cigarro. A minha netinha ficava feliz, parecia entender e nem ficava chateada. Nessas horas eu pensava comigo mesmo. "Vou vencer esse demônio dessa fissura que ta em mim, ah se não vou!"*	A expressão "vou vencer esse demônio dessa fissura que ta em mim, ah se não vou!" demonstra, de forma alegórica, a luta vivenciada pelos participantes ao passarem os primeiros dias sem fumar. É o "enfrentamento de si mesmo" que a fissura carrega consigo.
A recaída enquanto experiência.	*Uma situação ótima que vivi no grupo foi quando tive uma recaída. Estava morrendo de vergonha de contar que havia fumado durante a semana anterior, pensei mesmo em abandonar o grupo de tanta vergonha que fiquei.*	Essa fala relata uma experiência comuníssima vivenciada pelos membros do grupo: a da recaída. E, como experiência individual, cada participante trará diferentes "emoções" para serem debatidas

		em grupo.
Famílias, parentes, amigos como fonte de estímulo e de retrocesso – o drama da ambivalência.	*Meus netos me ajudaram muito. Você acredita que, às vezes, eu queria fumar escondido, né, daí eles vinham e me pegavam no flagra! Eu tentava disfarçar, mas eles diziam: "vovó, pisa no cigarro agora, se não eu vou contar pra mamãe!" Eu ficava pensando: "Meu Deus, esse mundo tá perdido! Onde já se viu, meus netos tomando conta de mim!". E, morrendo de vergonha, jogava o cigarro fora, sem dizer uma palavra. Daí um virava pro outro e eles ficavam se combinando sobre quem ia continuar me olhando.* (risos).	A família, parentes, amigos podem ser fonte de estímulo para o paciente que deseja parar de fumar (como no enxerto) ou de dificuldade, como mostraram outros discursos. Essa é uma das situações que emergem com freqüência no trabalho em grupo.
Auto-avaliação enquanto reforço positivo ou negativo, o drama da identidade.	*Depois desse grupo, acho que eu sou um alguém que dá mais valor a mim e a minha família. Vou cuidar mais da minha saúde, valorizar quem me ama, coisa que o cigarro jamais fez por mim. Sou um cara realmente de família agora.*	A avaliação feita pelos participantes sobre eles mesmos resulta em um reforço positivo ou negativo no processo de parar de fumar. Enxertos como estes mostram a importância desta avaliação em relação à própria identidade.
O organismo enquanto preocupação.	*[...] e tem também o medo de ter câncer, de morrer dum infarto, sei lá.. [...]*	Atuando também como reforçadora, a visão que o sujeito tem de seu organismo (saudável ou não saudável, p. ex.) influencia no processo de parar de fumar.
O grupo enquanto fonte de apoio e desafios.	*Teve um dia em que veio um cara de um outro grupo, dizendo que além de cigarro, ele também usava maconha e que tinha abandonado os dois. Pensei: "porra, esse cara foi foda, deu a cara a tapa". Fiquei feliz quando percebi que o resto do grupo estava olhando a narração dele com a*	As emoções vivenciadas em conjunto mostram o grupo como esse espaço em que é possível vivenciar desafios e receber

	mesma cara que a minha.	apoio. Ainda que "mudo", o grupo propicia esse espaço, como posto pelo participante do enxerto.
TCC enquanto realidade.	*Eu me vejo uma pessoa diferente demais. Quando eu entrei era um modo de ser, agora é outro. Eu noto que desenvolvi meus sentimentos. O cigarro era um jeito que eu tinha de abafar o que eu sou hoje. Tipo, se era pra demonstrar um sentimento de amor, eu acendia um cigarro e não precisava mais. Se era pra mandar todo mundo pra bem longe, eu acendia outro cigarro. E assim vai. Então, hoje eu acho que mudei, porque troquei o cigarro por uma forma mais madura, menos disfuncional, como vocês dizem né, de encarar meu jeito de ser e de amar, sentir, sei lá".*	A TCC se faz presente quando o usuário faz uso de sua terminologia específica (como no enxerto) ou de modo implícito, quando os pacientes falam sobre a TCC, ainda que não sabendo nomeá-la. Ambos os casos evidenciam que a TCC se faz presente na vida de cada um dos membros do grupo.
Medicamentos enquanto apoio ou enquanto mais fonte de medo.	*Eu usei a bupropiona, acho que esse era o nome. Foi muito bom pra mim, não tive nenhum efeito ruim. Ela me deixava bem, me aliviava os nervos. Foi fundamental pra mim. Acho que conseguiria sem ela, mas seria mais difícil.*	Enquanto o discurso ao lado revela verdadeiro bem-estar com o remédio, atribuindo a este o principal motivo de cessação do vício, outras revelam os psicofármacos como mais um motivo para medo durante os grupos.
Perspectivas benéficas.	*Quando eu penso no grupo como aquele ambiente que me acolheu, que me tratou tão bem, eu o vejo como um marco pra mim, me vejo como um antes e como um depois de lá. Vou indicar pros meus amigos que fumam, com certeza. Eu me vejo uma pessoa feliz no futuro, bem feliz!*	São usuais depoimentos como estes, mostrando o futuro como recheado de boas perspectivas, mesmo entre os pacientes que não conseguiram

		abandonar a adicção.

O quadro acima esquematiza os principais resultados obtidos com a análise, salientando as categorias emergidas e mostrando que, de modo geral, o trabalho da TCC em grupo é geradora de bem-estar aos pacientes.

Este trabalho defende ter cumprido seus objetivos e mostrado que a TCC em grupos e os psicofármacos são efetivos para os fumantes. No processo de trocas mútuas, de correções disfuncionais, de moldar-se enquanto pessoas, não há espaço para outra coisa que não a eficácia de um trabalho sério e comprometido.

Dessarte, finaliza-se a presente pesquisa, partindo-se do pressuposto de que o ser humano é um complexo multifuncional, que envolve aspectos biopsicossociais. A TCC, os psicofármacos, os grupos dão conta de apenas uma parte de tudo o que aqui foi exposto. Sem a pretensão de esgotar-se a verdade, espera-se que essa pesquisa seja fonte de inúmeras discussões e releituras do tema, para que novas contribuições sejam constantemente fornecidas.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. (1977). **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Ajudando seu paciente a deixar de fumar.* Autoria: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. INCA. Coord. Nacional de Controle do tabagismo e prevenção primária do câncer. INCA, Rio de Janeiro: RJ, 1997.

Carvalho, JT. **O tabagismo visto sob vários aspectos.** Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

Da Costa, C. L.; Younes, R. N.; Lourenço, M. T. – **Stopping smoking: a prospective, randomized, double-blind study comparing Nortriptyline to placebo *Chest,*** 2002.

Focchi, GRA, Braun, IM. **Tratamento farmacológico do tabagismo.** Ver Psiquiatria clínica, 2005; 32 (5): 249-50.

Garret, B. E.; Rose, C. A.. **Tobacco addiction anf pharmacological interventions** *Exp Opinion Pharmacother,* 2001

GONZÁLEZ REY, F. **O Social na Psicologia e a Psicologia Social**: A emergência do sujeito. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade**: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Thomson, 2007.

_____.**Pesquisa qualitativa em psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson Learnig, 2002.

Gimenez AS. **Efeitos do tabaco no organismo.** *PCM Ser Symp,* 1990; 4(1): 38-43

Issa, JS, Perez GH, Diament J, Zavattieri AJ, Oliveira KU. **Intervenção sobre tabagismo realizada por cardiologista em rotina ambulatorial.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2006; 70 (4): 271-274

LEFRANÇOIS, Guy R. **Teorias da Aprendizagem.** São Paulo: Cengage Learning, 2008.

Lewis, D.C. **O papel do generalista na assistência ao paciente que abusa de drogas.** Clin Méd AM Norte, 1997.

Marques, A. C.; Campana, A. *et al.* **Consenso sobre tratamento da dependência de nicotina**. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 23:210-14, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3° ed. – São Paulo – Rio de Janeiro, HUCITEC – ABRASCO, 1994.

Palfai T, Jankiewicz H. **Drugs and human Behavior.** 2nd ed. Madison, Wis, Brown, Benchmark, 1997. chap 14.

Range B. (org) **Psicoterapias cognitivo-comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

Rosember, J. **Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais.** SES. 2002.

SZYMANSKI, Heloisa (org.). A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva. Brasília. Liber Livro Editora, 2004.

VIGOSTSKY, L.S. **Teoria e método em psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

YALOM, I. D. **Theory and practise of group psychotherapy.** 3 ed. New York: Basic Books.